


NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
NLM 00559109 3









W. RODRIGUEZ DE LA TORRE

EL CRANEO I LA LOCURA



BUENOS AIRES

annex
WL
R696d
1887

EL CRANEO I LA LOCURA



LAS DEFORMACIONES CRANEANAS

EN SUS

RELACIONES CON LA LOCURA

POR EL DOCTOR

W. RODRIGUEZ DE LA TORRE

Director del consultorio de enfermedades nerviosas
del Círculo Médico Arjentino—Director de la Biblioteca de dicha Asociacion
i Redactor Colaborador de los Anales de la misma

Trabajo laureado con el primer premio (medalla de plata) en el Concurso Nacional de Ciencias Médicas del Círculo Médico Arjentino.—1886.

Con una introduccion del Dr. J. M. Ramos Mejia.—Profesor de enfermedades nerviosas de la Facultad de Medicina de la Capital. Ex-Director Jeneral de la Asistencia Pública.

A más, un juicio crítico del Dr. Nicolás Ramallo, ex-interno del Instituto Fenopático de esta capital.

Imprenta de M. BIEDMA, 133 Belgrano 139

PUBLICACIONES DEL AUTOR

Sintomas suministrados por el aparato circulatorio.—Conferencia de concurso ante la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba.—1881.

Las funciones cerebrales bajo la influencia de la temperatura.—«Anales del Círculo Médico Arjentino.»—1883.

Locomovilidad del cerebro.—Anales del C. M. Arjentino.—1884.

Electro-diagnóstico.—Tésis inaugural ante la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos-aires.—1885.

La electricidad en medicina—Conferencia leída en el C. M. A.—1885.

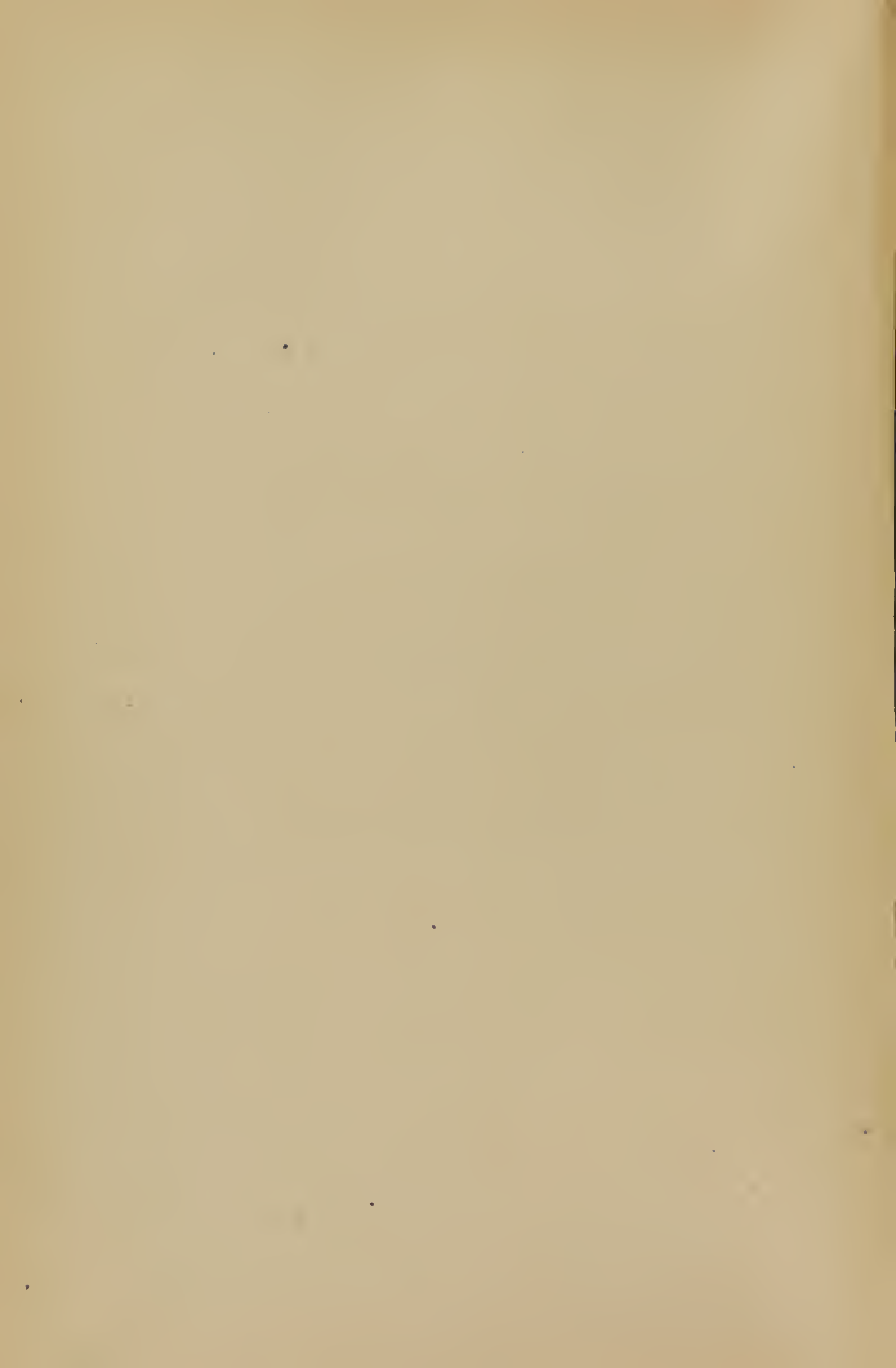
El sueño en los neurópatas.—Conferencia en el C. M. A.—Febrero de 1886.

Termometría cefálica.—Anales del C. M. A.—Enero de 1887.

Lavaje del estómago.—Anales del C. M. A.—Febrero de 1887.

A MI TIO

Señor Pedro A. Rodriguez



VEREDICTO DEL JURADO

Señor Presidente del Círculo Médico Arjentino.

Tenemos el honor de remitir á V. el informe sobre los trabajos presentados al concurso científico del corriente año, i los premios á que algunos se han hecho acreedores, segun la estricta conciencia i los juicios de los miembros del Jurado.

Los trabajos presentados han sido en número de cuatro, de los cuales uno, que lleva por lema *Carbunclo i grano malo, son idénticos*, fué rechazado por opinion unánime del Jurado, por ser presentado al concurso sin llenar los requisitos exijidos por el Reglamento.

De este modo los trabajos que el Jurado ha creido de su deber tomar en consideracion, quedan reducidos á tres.

Despues del estudio detenido que cada uno de los miembros del Jurado ha hecho de cada uno de los trabajos, i despues de las deliberacione- que sus miembros hemos tenido en el curso de nuestras sesiones preparatorias, como consta de las actas que acompañan á este informe, los miembros del Jurado por unanimidad de votos hemos resuelto i fallado lo siguiente:

1° No adjudicar ningun premio al trabajo que tiene por lema *Memoria sobre vacuna*, por ser éste completamente destituido de interés científico.

2° Considerando que el trabajo que llema por lema *La psiquiatria marcha*, tiene mérito, labor i estudio, siendo además un trabajo de no vedad, digno de estímulo, á pesar de algunas deficiencias, el Jurado ha resuelto dicernirle el premio de *medalla de cobre* del Círculo Médico Arjentino.

3° Considerando, asi mismo, que es acto de justicia adjudicar igual premio á trabajos que á juicio del Jurado lo merezcan, ya por su interés- por su laboriosidad ó por su mérito absoluto, el Jurado ha creido cum,

plir con su deber adjudicando al trabajo que lleva por lema *Estudio sobre el estrabismo concomitante*, el mismo premio que al anterior, esto es, *medalla de cobre* del Círculo Médico Arjentino.

4° Por último, el Jurado cree haber llenado satisfactoriamente su mision i cumplido su deber, dejando subsistentes los primeros premios, adjudicados por el Exmo. Sr. Presidente de la República i por el Círculo Médico Arjentino, para que ellos sean discernidos en otro concurso de los que celebra periódicamente la importante asociacion que V. preside.

El Jurado se hace un deber al renovar una vez más, la espresion de su gratitud por la distinguida consideracion que le ha merecido, hacia el Sr. Presidente, Comision Directiva i miembros del Círculo Médico Arjentino.

Saludamos al Sr. Presidente con nuestra consideracion distinguida.

Moisés Oliva—Meliton G. del Solar—José A. Ayerza—Pedro Ruiz Huidobro—J. B. Señorans—Manuel Arauz—Emilio R. Coni —N. Ramallo, Secretario.

Círculo Médico Arjentino.

Buenos Aires, Diciembre 10 de 1886.

En vista de que el Jurado acuerda dos premios iguales, miéntras que en Reglamento no asigna más que uno de la misma categoria, la Comision Directiva resolvió dirigirse al Jurado haciendo notar esta diferencia.

El Jurado resolvió entónces, por mayoria de votos, adjudicar una medalla de plata al autor del trabajo que lleva por lema, *La psiquiatria marcha* reservando la medalla de cobre al trabajo titulado, *Estudio sobre el estrabismo concomitante.*

La Comision Directiva aprobó este procedimiento i abriendo los sobres encontró que el autor del trabajo que lleva por lema *La psiquiatria marcha*, era el Dr. W. Rodriguez de la Torre, i por lo tanto acreedor á la medalla de Plata; i que el autor del trabajo cuyo lema es *Estudio sobre estrabismo concomitante*, era el Dr. Pedro F. Roberts, acreedor pues á la medalla de cobre: proclamándose enseguida estos premios, se dió por terminado el acto.

JUSTINIANO LEDESMA.

Ignacio Firmat—M. Beguerestain,
Secretarios.

Capital, Enero 15 de 1887.

Estimado Nicolás:

Prescindo de la amistad que nos liga, para apelar á la competencia del médico i la sinceridad del crítico.

Te remito los orijinales de mi trabajo sobre «*las deformaciones craneanas en sus relaciones con la locura,*» trabajo que como tú sabes, ha merecido el primer premio en el último concurso del Círculo Médico Arjentino.

Apesar de que ésto me bastaría con mucho, al propósito que tengo de hacerlo publicar, empero, desearía ántes de proceder á ello, contar con opiniones tan autorizadas como la tuya que corroboren aquel juicio.

Te ruego pues, que, haciendo un paréntesis á tus tareas, recorras con la detencion posible esas pájinas i me trasmitas tus impresiones sinceras, prescindiendo, como te digo, de todo jénero de relaciones.

Confiado en tu buena voluntad, no dudo ver pronto satisfecho mi pedido, i espero ordenes como siempre á tu decidido amigo.

W. Rodriguez de la Torre.

Sr. Dr.

Nicolás Ramallo.

—

Belgrano, Enero 29 de 1887.

Querido Walfrido:

Con mucha satifaccion i gran gusto contesto tu carta fecha 15 del presente en la que, haciendo abstraccion completa de nuestras relaciones amistosas, me pides te dé mi opinion sobre tu trabajo que lleva por título, «*las deformaciones craneanas en sus relaciones con la locura*».

Tarea fácil i agradable es la que me proporcionas, tratándose de un trabajo que ha merecido el primer premio, acordado por el Jurado, en el último concurso científico celebrado por el Círculo Médico Arjentino, el año ppdo.

Este premio, dicernido por una corporacion recta, compuesta de médicos respetables, cuyos conocimientos científicos i rectitud de juicio, no pueden ponerse en duda, es el mejor elojio i la más alta recomendacion, que en la primera de sus pájinas puede llevar con orgullo, ese laborioso estudio que segun dices, piensas publicar.

No dudo que el público médico i las personas que se dedican á los estudios relacionados con las ciencias médicas, acojerán gustosos esta obra que, al par de otros, tiene además el mérito, de ser la primera de esta índole, que se publicará entre nosotros.

Son pocos, desgraciadamente, los médicos que, entre nosotros se dedican al estudio de la masa encefálica i su cubierta ósea, sin duda, por las dificultades con que tropiezan i por la falta casi absoluta, de los medios i elementos necesarios. Es inegable que todos estos escollos se te habrán presentado muchas veces, en el curso de tus estudios hasta concluir tu trabajo, que no obstante, has sabido coronar con tanto éxito.

El interés que despertarán « *las deformaciones del cráneo en sus relaciones con la locura* » así que sean publicadas, no es dudoso; no sólo, por que ellas entrañan un estudio concienzudo de las afecciones psicopáticas, i por su carácter nacional, sinó tambien, por la galanura del lenguaje con que está escrita la obra.

Has dividido este trabajo en diez capítulos, colocando al final las conclusiones que sacas de este estudio. Esta division, es tanto más feliz, por cuanto ella implica una clasificacion simple i jeneral de las enfermedades mentales, colocando en un mismo capítulo aquellas formas psíquicas, que por sus causas i por su sintomatología, pueden agruparse, bajo una misma clase.

En el estudio detenido de esta obra, se nota que, su autor, ha recorrido todos los autores que han dedicado su labor á las afecciones del espíritu, cuyo principal concurso está representado por Bayle, Ballarger, Broca, Ball, Charcot, Luys, Régis, Voisin i otras muchas personalidades que hacen honor á la ciencia.

El análisis de cada forma de locura está hecho de una manera clara i concisa, circunscribiéndose el autor al tema que persigue, apoyándose siempre en la tésis que defiende, respecto de las lesiones anátomo-patológicas, como primitivas i anteriores á la manifestacion de los síntomas, teoría que prevalece hoi, siendo defendida por los autores más eminentes.

El Dr. Charcot, inaugurandosus lecciones en el año 1876, sobre la cuestion de las localizaciones cerebrales en el hombre, decía: «El principio de estas localizaciones está fundado sobre la proposicion siguiente: el encéfalo no representa

un órgano homójeneo, sinó más bien, una asociacion, ó si os parece mejor, una confederacion, constituida por un cierto número de órganos diversos. A cada uno de éstos órganos corresponden, fisiológicamente propiedades, funciones i facultades distintas. En el dominio patológico, la lesion de cada uno de ellos se acusa por síntomas particulares que resultan, de la alteracion sobrevenida en el ejercicio de éstas propiedades, de éstas funciones especiales.

Es esto, en suma, lo que hace posible el *diagnóstico rejional* de las afecciones encefálicas, este ideal hacia el cual tienden todos los esfuerzos del clínico.»

Así se espresaba este eminente sábio hace once años, i no creo que hoi haya nada que modificar en estas ideas.

Así pues, siendo, de hecho, tan oscuro i difícil el estudio de los centros nerviosos, es de gran interés práctico, el estudio de la boveda ósea, porque los síntomas que de ella puedan sacarse, vendrán á facilitar el diagnóstico.

Creo en consecuencia, querido Walfrido, que tu libro merece la atencion de todo nuestros colegas que se interesen en los progresos de los estudios psicopáticos, i que él está llamado á abrir nuevos horizontes i á despertar mayor interés por esta clase de estudios.

Al felicitarte sinceramente, deseo que, la primera publicacion de tu libro, alcance el éxito á que se ha hecho acreedor, coronando así las fatigas de su autor.

Queda siempre á tus órdenes, tu amigo affmo.

Dr. Ramallo

Sr. Dr.

W. Rodriguez de la Torre.

INTRODUCCION

Los datos i observaciones tan discreta i pacientemente compilados por el Dr. Rodriguez de la Torre i que constituyen este buen nutrido libro, son, por la manera como están estudiados i por el método que ha presedido á su publicacion, una verdadera novedad.

El hecho de abordar con tan buena voluntad i tan juvenil entusiasmo una materia tan poco conocida de la mayoria de los lectores usuales, revela, buen temple intelectual i mas que eso, una vocacion sincera i provechosísima por un órden de estudios jeneralmente mal estudiados i poco apreciados por la falanje mal encaminada de los médicos que, solo conocen la profesion por el lado de su fecundidad pecuniaria. El estudio de las tormas craneanas en las diversas clases de locura, de que trata este libro, ha sido tema fecundo de mil teorías i estudios más ó ménos buenos.

De las dos teorías que hasta hace algunos años dominaban la psiquiatria, aquella que considera las lesiones materiales como acompañamiento indispensable de la enagenacion, es la que ha triunfado dando completa razon á los que como Vinet i Broussais mismo, adivinaban vaga-

mente su victoria en la evolucion natural de los conocimientos fisiolójicos. La importancia de la conformacion craneana tenia pues que aumentar á medida que esa misma fisiolojia progresara, i si bien su influencia en este punto de la morfolojía jeneral no ha sido aun suficientemente decisiva como para dejar sentado como punto incontrovertible de la psiquiatria la relaciona estrecha entre las formas del cráneo i las diversas formas de la locura ha, sin embargo influido lo suficiente como para dar á este jénero de estudio el impulso valioso que le han impreso los magistrales trabajos de Vrichow, Foville, Claphenn i el inolvidable Morel; el Cárlos Daruvin de la ciencia mental cuyo jénio se ama i se admira mas, á medida que se aleja de nosotros el recuerdo de sus libros vibrantes i que el progreso de la medicina se acentua mas. Sucede con Morel lo que con el bronce i el mármol antiguo; los rastros del cincel primoroso que les da vida i calor se aprecia más á medida que los años i los siglos se acumulan sobre ellos, i el ojo avaro de los aficionados descubre en las líneas más simples los májicos primores del arte en su mas alta i suprema perfeccion. Morel habia ya adivinado, mejor dicho, habia ya descubierto muchas de las grandes verdades para cuya demostracion escriben hoi libros enteros los alienistas de nuestro tiempo; él las ha dejado estampadas indeleblemente en sus libros á la manera i con la candorosa sencillez que el viejo Hipócrates cincelaba en cuatro líneas sus aforismos lapidarios. Los rastros indelebles que deja la herencia mórbida en todo el físico del pobre dejenerado, en el cráneo incluso, habia sido claramente entrevisto por él; si la herencia no es una palabra vana, decia en

1859,—las enfermedades nerviosas tienen su carácter que les es propio, los caractéres de la herencia se manifiestan por alteraciones especiales en las funciones físicas i por anomalias más ó ménos especiales tambien en el ejercicio de las facultades intelectuales efectivas.

El cerebro con sus habituales deformaciones asi como los demás efectos velados de la herencia, no escaparon á la intensa curiosidad de su jénio tan lleno de perspicacia. El cráneo en la locura hereditaria, si bien no fué objeto de un estudio completo, didáctico, diremos asi, cayó tambien bajo la luz de sus investigaciones i en sus obras, dispersas aqui i allá se encuentran saludables indicaciones sobre la manera de estudiarla, reglas concretas, pero provechosísimas sobre su importancia en el estudio de la enajenacion mental i algunas veces adivinaciones admirables bajo muchos conceptos que nos sorprenden i que han sido mas tarde confirmados por los estudios de los maestros. Qué curiosas deducciones; cuántas verdades ocultas reveladas por el sencillo procedimiento actualmente en uso en los laboratorios, no nos hubiera descubierto Morel en su tiempo, si su talento penetrante hubiera estado armado de todo el instrumental de que dispone hoi la fisiologia contemporánea para investigar los curiosos caprichos de la mente en casi toda la serie animal. Cuánta revelacion no hubiera hallado en el cráneo seguramente anómalo i característico de un hereditario, aquella intelijencia intensa i tan bien equilibrada . . . .

El libro de Rodriguez de la Torre tiene entre otras una calidad que solo es patrimonio de los hombres de larga esperiencia i de esperiencia inteligente: el método. El pensa-

miento del autor se desarrolla fácilmente en el curso del libro sin largas desviaciones i sin esas viciosas circunvoluciones i vaguedades que cansan la atencion del lector i lo arrastran fuera del libro, lujosos alardes de erudicion exótica que hacen de una história clínica un diccionario de Medicina, i de una modesta tésis un exámen jeneral escrito.

El sujeto se presenta claro i perfectamente comprensible: desde el primer capítulo en que el lector se inicia en el asunto, hasta el final de las *conclusiones*, domina un estílo fácil i de una sencillez provechosa para el buen entendimiento de la materia. Las tentativas de esta naturaleza deben estimularse porque entrañan un buen ejemplo i revelan un loable i persistente esfuerzo en su jóven i distinguido autor. Escribir un libro de ciencia que representa tantas i tantas horas de trabajo en medio de la indiferencia atrofiante de esta Babilonia comercial, sufriendo las sonrisas compasivas de los piratas de la Bolsa cuyo proselitismo insano va haciendo cada dia mayores estragos en las cabezas jóvenes, es indudablemente un gran mérito. El libro del Dr. Rodriguez de la Torre que revela tanto dote de observacion i un buen bagaje de selectas lecturas, se abrirá paso entre los hombres de pensamiento.

J. M. Ramos Mejia.

La psiquiatria marcha.

Seguramente no emprendemos un estudio nuevo.

Creemos sin embargo ser los primeros en ocuparnos de él entre nosotros, i así, trataremos de agregar á nuestras propias i múltiples observaciones las ya recojidas al respecto por otros autores.

Los signos físicos en lo que se relaciona con las alteraciones mentales, han sido objeto de sérios estudios, sobre todo en cuanto al valor de aquellos para el reconocimiento de la locura hereditaria. Nosotros pretendemos ir más léjos poniendo una piedra más en el gran edificio de la medicina del porvenir, pretendemos llevar más allá estas investigaciones aplicadas á la jeneralidad de las alteraciones psicopáticas, á la vez que concretándonos á uno solo de los signos, el que se refiere á las deformaciones del cráneo.

Contamos para nuestro propósito, con el no escaso con-

tinjente de todos los infortunados que se alojan actualmente en nuestros asilos públicos i casas particulares de alienación.

Descenderemos pues á las alteraciones de la intelijencia i la razon á buscar el objetivo del sano razonamiento.

Iremos á pedir una enseñanza, que se nos dará incon- cientemente, es cierto, por los que tienen la desgracia de no poderla recibir, pero no por eso ménos fecunda en resultados. Procuraremos encontrar al lado de la dejeneracion i decadencia psíquica, una dejeneracion correspondiente, en la caja del subestractum material del pensamiento.

Los elementos neceearios de nuestros conocimientos futuros en materia de psicósis, deben partir siempre como de base más segura, de los individuos cuyas facultades han sido alteradas, i la observacion clínico práctica debe ser nuestro único guia en el inmenso océano de las psicopatías donde tantos cerebros naufragan á cada paso.

Hallar signos físicos i tanjibles que nos pusieran en camino hácia el reconocimiento más ó ménos exacto de las alteraciones psíquicas; éste ha sido el anhelo constante de la *morfología*, que hoi gracias á los trabajos infatigables de sábios como Broca i Luys, parece entrar en una vía verdaderamente útil. Hoi que la *antropología* está constituida sobre bases suficientemente sólidas, es permitido, más aún, es necesario á la patología mental, entrar tambien en aquel órden de estudios, que la insuficiencia de los medios de la anatomía mórbida, no le habían permitido seguir, como sus progresos i exijencias lo requerían.

Emprendemos nuestro estudio convencidos, sin embar-

go, de la dificultad que hallaremos á nuestro paso, para establecer relaciones precisas en la variabilidad de las formas; porque es innegable, que los términos de comparacion son bien escasos, ó quizá nulos. Estamos persuadidos de que el hombre verdaderamente normal, no existe en la naturaleza, i que la perfeccion física é intelectual, es algo que cae bajo el campo del idealismo.

No es posible evidentemente establecer con precision los límites entre la perfeccion física normal i la imperfeccion patológica, porque ello importaría tratar de deslindar la luz de las tinieblas, lo que es irrealizable.

En el órden psíquico sucede otro tanto; i en éste como en el anterior, los estremos se tocan. El jénio i el idiotismo se dan la mano, constituyendo una anomalía por exeso el uno, i una imperfeccion por defecto, el otro.

A éste propósito no puedo dejar de recordar las palabras de Luys, comentando esta misma idea emitida por Moreau (de Tours).

Aquel autor dice, ocupándose de las condiciones patogénicas del idiotismo: es Moreau sobre todo quien ha sostenido estas ideas. Para él los hombres de jénio son caractéres anormales, atacados de una especie de eretismo mórbido, un estado neuropático de la intelijencia, destinado á aproximarse á otras neuropatías.

Esta asercion que, á primera vista parece tener un sello paradojal, destinada á destrozar, todas las susceptibilidades de la vanidad humana, bajo el punto de vista de la observacion clínica hecha con calma, es sin embargo más próxima á la verdad que lo que se la supone.

Teóricamente hablando, bajo el punto de vista antropo-

lógico puro, el hombre de jénio debe de ser un hombre tan completo como posible, armónicamente desarrollado moral i físicamente, i presentando reunidas en su ser con proporciones superiores, la suma de aptitudes diversas, que en los diferentes tipos humanos están en estado rudimentario. Así, las cualidades del corazon i del espíritu, la enerjía de caracter, el sentimiento esquisito del deber, la firmeza de voluntad, el sentido estético, &, &, todas las cualidades, en una palabra, que constituyen la perfeccion del ser humano, deben revelarse en él simultáneamente con proporciones que no existan en las individualidades vulgares.

Prácticamente, estas personalidades existen? i aquellos á quienes la humanidad por uno ú otro motivo, acuerda el título de hombres de jénio ¿presentan este conjunto de aptitudes nativas armónicamente desarrolladas?

Bien léjos de ello; el simple análisis del estado psicológico de éstas naturalezas extraordinarias, nos muestra al contrario, que mil veces ellas representan individualidades mal equilibradas, hipertrofiadas en cierto modo en algunas rejiones, atrofiadas en otras, i ofreciendo á nuestra observacion, la extraña coincidencia de grandes cualidades i grandes aberraciones mentales.

Tal poeta, por ejemplo, que encanta por sus brillantes concepciones, arrastrado por accesos de dipsomanía incohercible, va á estimular su musa en el licor de absinto, i de abyeccion en abyeccion, acaba progresivamente en la degradacion final. Tal orador que brilla en la tribuna entre las intelijencias más vivaces i cuya elocuencia i movimientos oratorios son irresistibles, tiene en su vida priva-

da, rasgos de infamia que le hacen un hombre vil, falso, i muestran que en él la sensibilidad moral falta por completo. Tal otro doctor ó profesor eminente, clínico de primer órden, cuyas palabras majistrales hacen autoridad, tiene dados en su carrera signos inequívocos de que faltan por completo en él, las mociones de los deberes profesionales más elementales.

Estos tipos que por lo jeneral, la humanidad considera como superioridades sociales, i á los que se asigna una situacion del todo particular, no son sin embargo, ante las leyes de la naturaleza, más que individuos desviados, mórbidos, abortados é incompletos, i es ésto tan cierto, que ese estado insólito de su organizacion, se traduce en su descendencia, bajo la forma de retoños imbéciles é idiotas. Donde existen defectos en la constitucion de un sujeto, estos son trasmisibles á la descendencia, i la exuberancia de una facultad en detrimento de las otras, es bajo el punto de vista de la naturaleza, un verdadero vicio de conformacion, que se trasmite i se denota por una detencion del desarrollo mental.

No existe pues, el término de comparacion, el perfeccionamiento intelectual i físico; pero á pesar de ello, las deformaciones anatómicas i sobre todo las del cráneo, pueden prestar alguna utilidad al estudio de los trastornos psíquicos, pues que, coleccionando un número suficientemente crecido de observaciones podremos llegar por la induccion, á conclusiones más ó ménos exactas.

Nos serviremos en nuestas investigaciones, para apreciar la forma de la circunferencia del cráneo del aparato llamado *conformador*, que usan los sombrereros para tomar la

medida i forma de la cabeza. Para apreciar las alteraciones de altura i diámetros anterior i laterales, utilizaremos el compás de Broca i una cinta comun dividida en centímetros.

Al lado de cada variedad mental, colocaremos las diferentes formas craneanas que la observacion nos suministre, i trataremos de hacer resaltar las principales anomalías, en los casos en que se encuentren.

Ultimamente Rieger, ha indicado un nuevo método de mensuracion de la cabeza en el vivo. Dejando á un lado el plano horizontal *pos-mortem* de los antropólogos, se esfuerza en tomar en la situacion normal, el plano que realmente separa la caja cerebral del esqueleto facial. Determina sobre un sujeto la elevacion respectiva de los diámetros longitudinales i trasversos, i sobre todo el eje que une el medio de la rejion intersuperciliar á la protuberancia occipital posterior. De este modo piensa, teniendo en cuenta los revestimientos i la bóveda ósea, llegar á estereotipar un plano que se aproxime al piso de la cavidad craneana.

Con este fin, marca éste plano sobre la cabeza del paciente, por médio de una banda de cauchoux, colocada al rededor de ella, i luego por medio de hilos de plomo, mide las diferentes curvas craneanas. De sus observaciones por este proceder, concluye que debe existir una relacion directa, entre las deformaciones del cráneo i las diferentes psicósis.

Es indudable que semejante método, exije mayores dificultades i que no supera en mucho al que nosotros hemos adoptado, no obstante que Broca haya reprochado el apa-

rato que nosotros empleamos. Las disposiciones del pelo que pudieran hacer variar la forma, no han influido en manera alguna en nuestras observaciones por el corte especial (llamado al casco) que la mayoría de los asilados tienen en nuestro hospicio.

Creemos oportuno i quizá necesario mencionar i describir aquí el nuevo método cefalográfico ideado por Luys i del que ha dado cuenta últimamente ante la Academia de Medicina de Paris en sesion del 28 de Setiembre del año pasado.

Hé aquí en que consiste dicho método. (1)

Se compone de varios instrumentos concebidos con los mismos elementos que el conformador de los sombrereros (aparato usado por nosotros) i el profilómetro de los escultores.

Son en número de tres, destinados á tomar los elementos, los diámetros del ovóide cefálico.

Ellos están de una manera jeneral constituidos por séries de chapitas fijas en un marco, i susceptibles, despues de haber sido aplicadas sobre una superficie curva, de quedar en su lugar á la ayuda de ganchos que las fijan al cuadro.

Este cuadro mismo es quebrado. Se abre gracias á un mecanismo especial que permite quitarlo de la rejion donde ha sido aplicado, con las chapitas inmovilizadas, i cerrarse manteniendo la série de chapitas en sus relaciones anteriores.

(1) Tomamos la descripcion de la esposicion hecha por Luys ante la Academia inserta en la Semana Médica del 29 de Setiembre de 1886.

Las estremidades de estas chapitas fijadas sobre la curva cefálica representan dos diferentes puntos de esta curva i forman una línea contínua.

Una vez efectuada la mensuracion de la curva cefálica, se coloca el aparato sobre un plano especial, i siguiendo con un lapiz la línea de las chapitas, se obtiene el gráfico directo de la curva inscripta.

Estos instrumentos adaptables, uno al diámetro antero-posterior, el otro al diámetro circular i el otro al bi-auricular, están construidos sobre el mismo principio: las resultantes suministradas por ellos se confirman unas a otras aisladamente, cada una de ellas suministra indicaciones especiales.

El cefalómetro fronto-occipital á la ayuda de un trazado lineal, dá el diámetro antero-posterior del cerebro; el diámetro vertical i los diámetros oblicuos anterior i posterior que permiten apreciar las diferencias de la masa cerebral subyacente. Demuestra la existencia latente de una parte cerebral *básica*, que escapa á las mensuraciones habituales, i cuya medida está en razon inversa del desarrollo de las rejiones frontales.

Los datos que él suministra pueden ser verificados sobre un cráneo seco del que se haya quitado una porcion de su bóveda poniendo su cavidad á descubierto. Se reproduce entónces por comparacion, á la ayuda de tablas múltiples, los diferentes diámetros del gráfico.

El cefalómetro circular dá las curvas circulares horizóntales de la cabeza, inscripta esta curva sobre una hoja de papel, se traza una línea antero-posterior que divide la

figura en dos porciones. Se constata así la falta de asimetría de cada hemisferio craneano.

Se traza en seguida una línea transversal que corte la precedente en ángulo recto. Se divide en seguida la figura en dos segmentos: el segmento cerebral anterior i el posterior. Se constata así que este último es relativamente estable i que el anterior es sobretodo susceptible de variaciones individuales.

El cefalómetro bi-auricular, concebido bajo el mismo plan que sus conjéneres, se aplica verticalmente sobre el medio de una línea antero-posterior que pase por el vértice. El dá el trazo de la curva i de los diámetros bi-auriculares, asi como tambien el de la altura vertical del cerebro tomada en esta rejion, é indica aún ciertas asimetrias locales.

Estos instrumentos que son esencialmente destinados á ser colocados sobre el vivo, pueden tambien servir á la mensuracion del cráneo seco.

Despues de esta descripcion Luys llega á algunas conclusiones mui satisfactorias.

Sentimos deveras no haber tenido los aparatos de el profesor Luys cuando emprendimos nuestras investigaciones, pero no es nuestra la culpa, pues aún no lo habia imaginado su autor.

En adelante i para las ulteriores investigaciones que tenemos entre manos, nos serviremos de estos instrumentos solamente, á cuyo efecto ya los hemos pedido á Europa.

Pasaremos á ocuparnos entónces de la locura en jene-

ral en primer término i luego de las diversas formas en particular.

El número de individuos observados en el instituto Frenopático i el Hospicio de las Mercedes, alcanza á 532, repartidos de la manera siguiente:

Idiotas	19
Dementes	58
Paralítico-jenerales	37
Locura epiléptica	21
Id histérica	18
Maniacos	175
Lipemaniacos	87
Delirio de persecuciones	49
Locura alcohólica	50
Id sifilítica	8
Id simulada	4
Id reumatismal	5
Id puerperal	1
Total	532

CAPITULO I

Locura en jeneral

Como nuestro propósito no es escribir un libro sobre locura, al tratar de cada una de las formas de ella, tendremos que limitar en lo posible la estension que abarcan, contentándonos con mencionar solo los caracteres principales, mas que todo en lo que se refiere á las alteraciones físicas.

Sabemos cuanto se ha discutido i se discute aún, para aceptar como un hecho la presencia indispensable de los trastornos físicos en las diferentes formas psicopáticas.

Dos escuelas han dominado el campo de la ciencia en este sentido. Los unos partidarios de la creencia firme, de que los trastornos intelectuales deben referirse á fenómenos puramente psicológicos; i los otros, al contrario persuadidos de que la locura, debe ir siempre acompañada ya que no caracterizada por lesiones materiales,

fijando éstos, el porvenir de la psiquiatria médica, en encontrar en una época no mui distante, ciertas modificaciones especiales de los centros nerviosos, á que poder referir las oscilaciones ilójicas del pensamiento.

La escuela francesa se ha decidido en su mayoria por esta última manera de ver, i en este sentido ha emprendido ha mucho sus investigaciones, buscando la solucion del gran problema. Se ha llevado hasta la exajeracion la idea de encontrar lesiones materiales, i muchísimas veces se han creado éstas donde no existian; pero donde las necesidades de la causa lo exijian.

Cada una de esas escuelas se basa seguramente en hechos i argumentos en apariencia concluyentes; pero ninguna ha podido llegar á conclusiones precisas. Faltan á una i otra los elementos necesarios, los medios exactos de investigacion; de ahí que la interpretacion de los hechos, se haga al paladar i segun las exijencias de cada observador.

A cuatro razonamientos principales pueden reducirse los argumentos de los que miran en la locura nada más que una neurósis especial.

1° Las lesiones anatómicas dicen ellos, observadas en los alienados, se encuentran tambien en las personas sanas de espíritu.

2° Las autópsias practicadas en gran número de casos de locura confirmada, no han revelado ninguna alteracion material.

3° Las lesiones verdaderamente características, solo existen en los casos en que la locura está complicada de parálisis ú otras alteraciones del movimiento.

4° Cuando existen lesiones anatómicas, deben ser consideradas como consecuencia de la alteracion psíquica, i no como causa de ésta.

Desde luego, cuál es el valor de todos i cada uno de estos argumentos?—analicémoslos i veamos cuales son los elementos con que cuenta la teoría contraria para rebatirlos.

I. Se encuentran en verdad, lesiones anatómicas comunes á individuos tenidos por perfectamente cuerdos i á otros que son víctimas de una alteracion intelectual manifiesta. Pero, ¿cómo hacer de este hecho, un argumento en favor de lo que se sostiene? Ello equivaldria á afirmar que las lesiones materiales que existen en las arterias cerebrales de un individuo de salud jeneral, aparentemente buena, i que en otro determinan una hemorrájia fulminante, no son características de un ateroma ó dejeneracion vascular cualquiera. Las mismas lesiones sabemos que, pueden en gran número de casos hacer ó no estallar un órgano cualquiera, segun las múltiples condiciones individuales; hai pues que tener presente en lo que se refiere á la locura, más que en ningun otro caso, aquellas condiciones particulares, en que la herencia parece jugar un gran rol.

Además, la dualidad del cerebro, que no debemos olvidar jamás, puede dar la esplicacion satisfactoria de los hechos; pues, que sabemos que ambos hemisferios pueden sostituirse en sus funciones, i hai innumerables observaciones en que la atrófia ó dejeneracion de uno de ellos, no ha acarreado alteracion manifiesta en el órden de las ideas.

No habría pues que sorprenderse por la presencia de alteraciones físicas en un individuo sano, aunque se encontrara que las mismas habian determinado una psicopatía.

II. Invócase por otra parte la ausencia completa de signos físicos revelados por las autópsias. Bastaria recordar á este propósito lo que pasa con los signos evidentes de algunas enfermedades, como la erisipela, fiebres eruptivas i otras, cuyos rastros han desaparecido por completo algunas horas despues de la muerte.

Las necrópcias, son hechas, como todos sabemos, la mayor parte de las veces, veinte i cuatro i aún mas horas despues de estinguida la vida de relacion, i tratándose de cierto órden de lesiones físicas, como hiperhémias, anémias etc., se comprende cuan difícil es la persistencia de aquellas, pasado aquel lapso de tiempo.

Mas aún; nadie se atrevería á negar cierto jénero de modificaciones en los elementos nerviosos en presencia del curare ú otros ajentes semejantes, á pesar de que ni el más perfeccionado instrumento investigador de nuestros dias, el microscópio, haya podido poner de manifiesto aquellas alteraciones,

Concentrándonos más en nuestro objetivo principal, debemos recordar todavía las investigaciones de Luys, sobre el predominio del lóbulo cerebral derecho, en los individuos predispuestos i aún atacados de afecciones mentales. Se comprende que en caso semejante esta alteracion física morfológica no se revelaría por nada tanjible ó apreciable al practicar una necropcia.

III. Se afirma que las lesiones anatómicas, existen solo

en los casos en que la locura vá acompañada de parálisis ú otras alteraciones del movimiento. Respondamos con Ball á este argumento.

Esta proposicion sería perfectamente exacta, dice aquel autor, si solo se quieren aceptar lesiones en constante relacion con los síntomas; pero no es exacta si se admite que en los centros nerviosos, como en los demás órganos, una sola i única lesion, puede determinar una multitud de síntomas diversos, i aún no determinar ninguno.

Recuérdese lo que pasa en los asilos de viejos, en que en un dia cualquiera se vé caer súbitamente muerto á los piés de su cama á uno de los pensionistas. Nadie le creia enfermo, i sin embargo se hace la autópsia i aquella nos revela la existencia de una neumónia supurada que había recorrido su evolucion entera sin alterar en apariencia las funciones jenerales de la economía. Ahora bien; el encéfalo posee en su más alto grado esta especie de paciencia que le permite sufrir sin quejarse.

Por otra parte, las alteraciones del movimiento no se refieren siempre á lesiones materiales apreciables i de ello tenemos una prueba en la parálisis ajitante, cuyos caracteres anatómicos no se han encontrado aún.

Muchos trastornos del movimiento se pudieran enumerar á más, en que la anatomía patolójica está por estudiarse, i la coexistencia de éstos en la locura, no autoriza en manera alguna á atribuir á ellos, la presencia de las alteraciones físicas que pudieran encontrarse.

IV. Dada la existencia de una lesion anatómica, debe considerársela como la consecuencia de la alteracion psíquica, i no como causa de ésta.

Para aceptar esta proposicion sería menester averiguar de antemano, si el elemento psíquico de nuestro ser, es susceptible en su escencia de sufrir alteraciones, i si estas pudieran repercutir sobre los elementos materiales.

A nuestro entender, una impresion moral puede acarrear ciertas modificaciones, como hiperhémias ú otras, sobre los elementos nerviosos; pero, en el órden puramente intelectual consideramos mui difícil que el trastorno de las ideas, pueda sobrevenir por que sí, i sin que los elementos anatómicos necesarios á su manifestacion sufran cambios, estructurales ó nó, pero más ó ménos confirmados.

La cuestion de causa ó efecto, es por lo demás, en gran número de padecimientos, algo de difícil solucion. Los principios estraños encontrados en la sangre de los atacados de fiebres infecciosas, pueden ser mirados como una consecuencia de éstas, á la vez que es lo mas racional suponer, que son ellos la causa de la enfermedad.

El principio inmaterial de nuestra organizacion, no es seguramente modificable bajo la influencia de los medios físicos que nos rodean, miéntras que, éstos ejercen su influencia directa sobre el elemento material. Ahora bien, faltando la armonía, la perfeccion material indispensable al perfeccionamiento intelectual, en cuanto se relaciona con su exteriorizacion, nada mas comprensible que este desequilibrio haya de influir desfavorablemente en el órden de las ideas.

Aceptamos, pues, segun se desprende de lo que acabamos de mencionar, que las lesiones físicas en las diversas psicósis, deben jugar un importante rol, i en tal

concepto, veamos de analizar, en lo que se refiere á la locura en jeneral, las alteraciones morfológicas del cráneo.

Por lo comun el volúmen del cráneo en los alienados, es menor que en las personas sanas de espíritu, lo que no obsta para que se encuentren muchas veces entre los primeros, formas craneánas mas ó ménos perfectas.

Segun Voisin, los diámetros son frecuentemente inferiores á los de la jeneralidad, habiendo encontrado en sus observaciones, 75 milímetros i aún ménos, como diámetro antero-posterior.

Este acortamiento es atribuido á la delgadez de la escama del occipital.

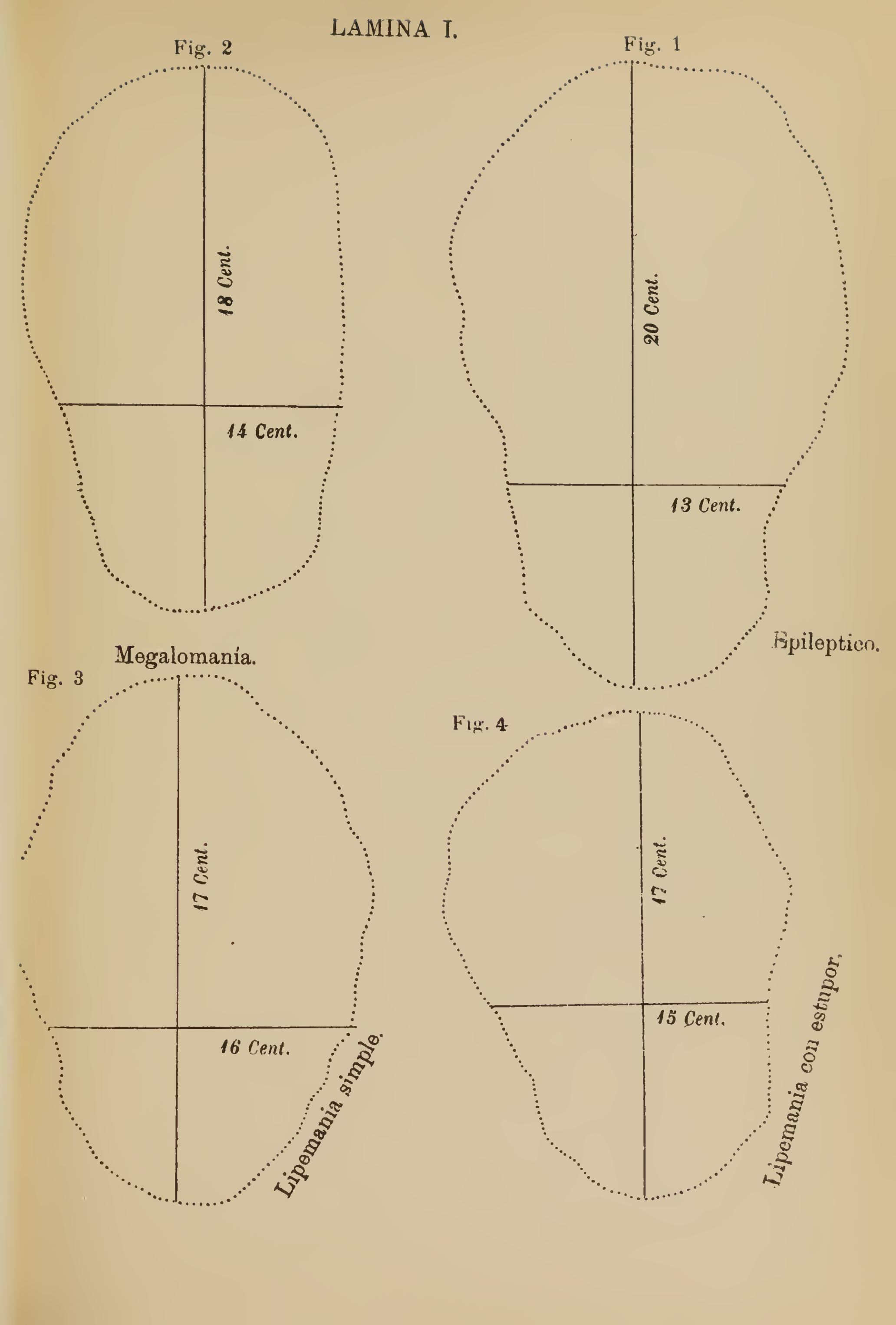
Nótase tambien en jeneral, un aplastamiento de arriba á abajo i en algunos individuos aúnque pocos, se encuentra la frente saliente al par de otros, en que es el vértice del cráneo el que afecta la forma de bóveda ó jiba. La asimetría entre ambas mitades, de la cabeza, se nota en casi la totalidad de los casos.

Existen tambien con frecuencia deformaciones del cráneo, que son por lo demás limitadas á ciertas partes, i producidas segun se cree, por oscificaciones parciales i prematuras de algunas de las suturas del cráneo.

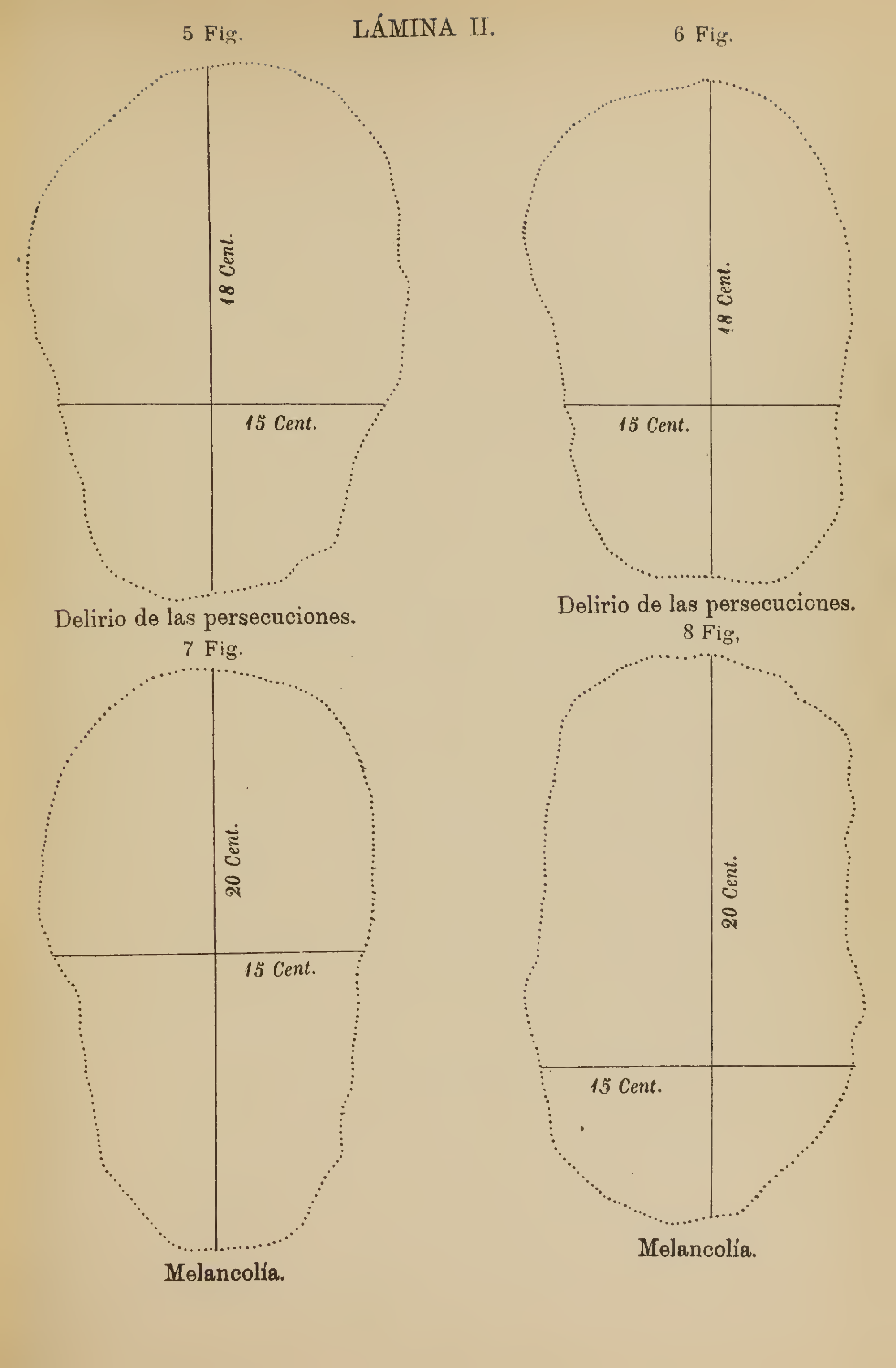
Representamos en seguida algunas formas de cabeza que tomamos al acaso de nuestra coleccion para hacer notar la asimetría i predominio de los lóbulos latero-posteriores.

El diámetro antero-posterior está representado por la línea vertical, i el bi-temporal por la horizontal. La parte inferior corresponde á la anterior de la cabeza i vice-verza.




LAMINA I.
Fig. 2
18 Cent.
14 Cent.
Megalomanía.
Fig. 1
20 Cent.
13 Cent.
Epileptico.
Fig. 3
17 Cent.
16 Cent.
Lipemania simple.
Fig. 4
17 Cent.
15 Cent.
Lipemania con estupor,





Delirio de las persecuciones.

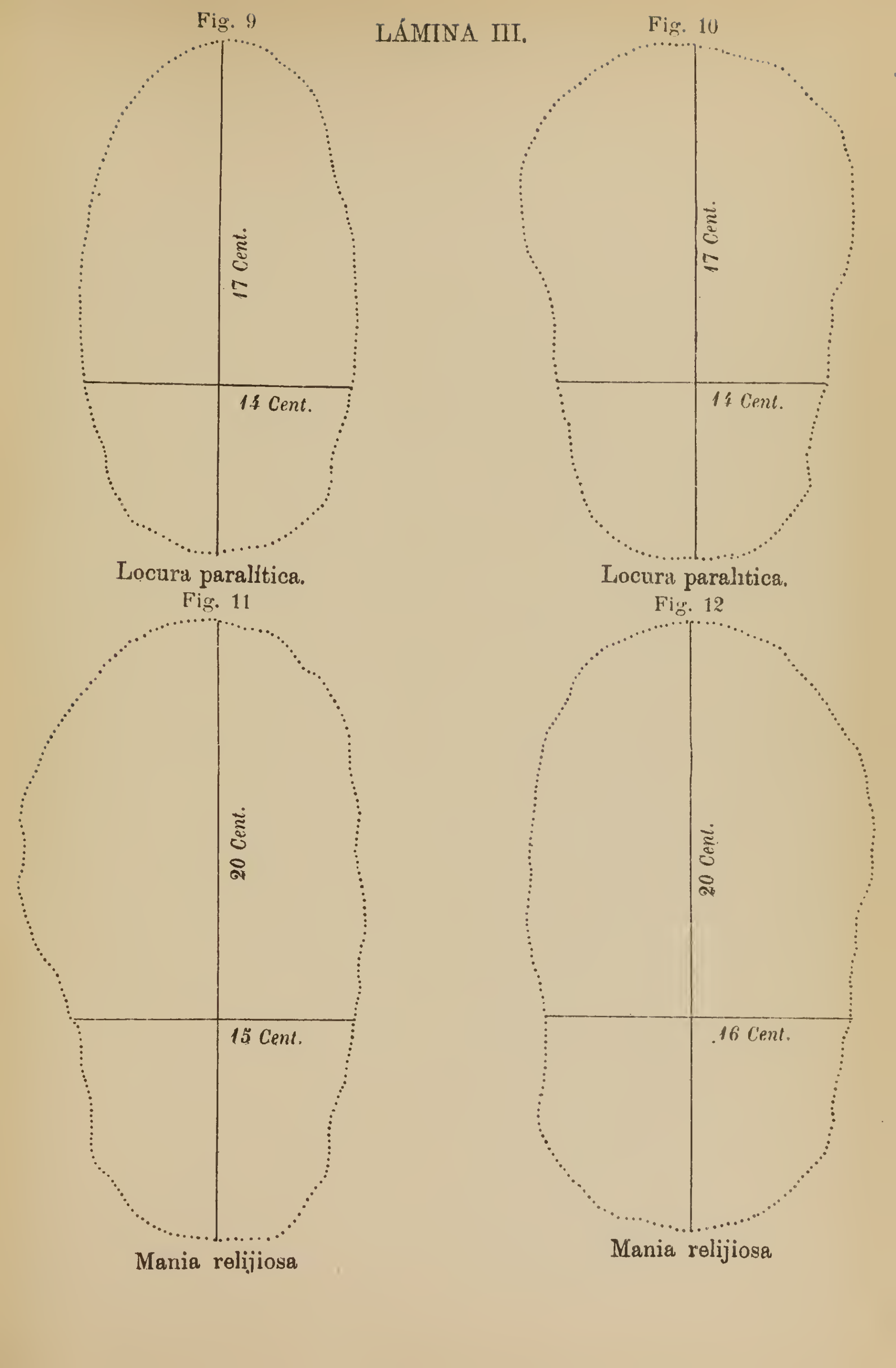
Delirio de las persecuciones.

Melancolía.

Melancolía.



LÁMINA III.



Locura paralítica.

Locura paralítica.

Mania relijiosa

Mania relijiosa



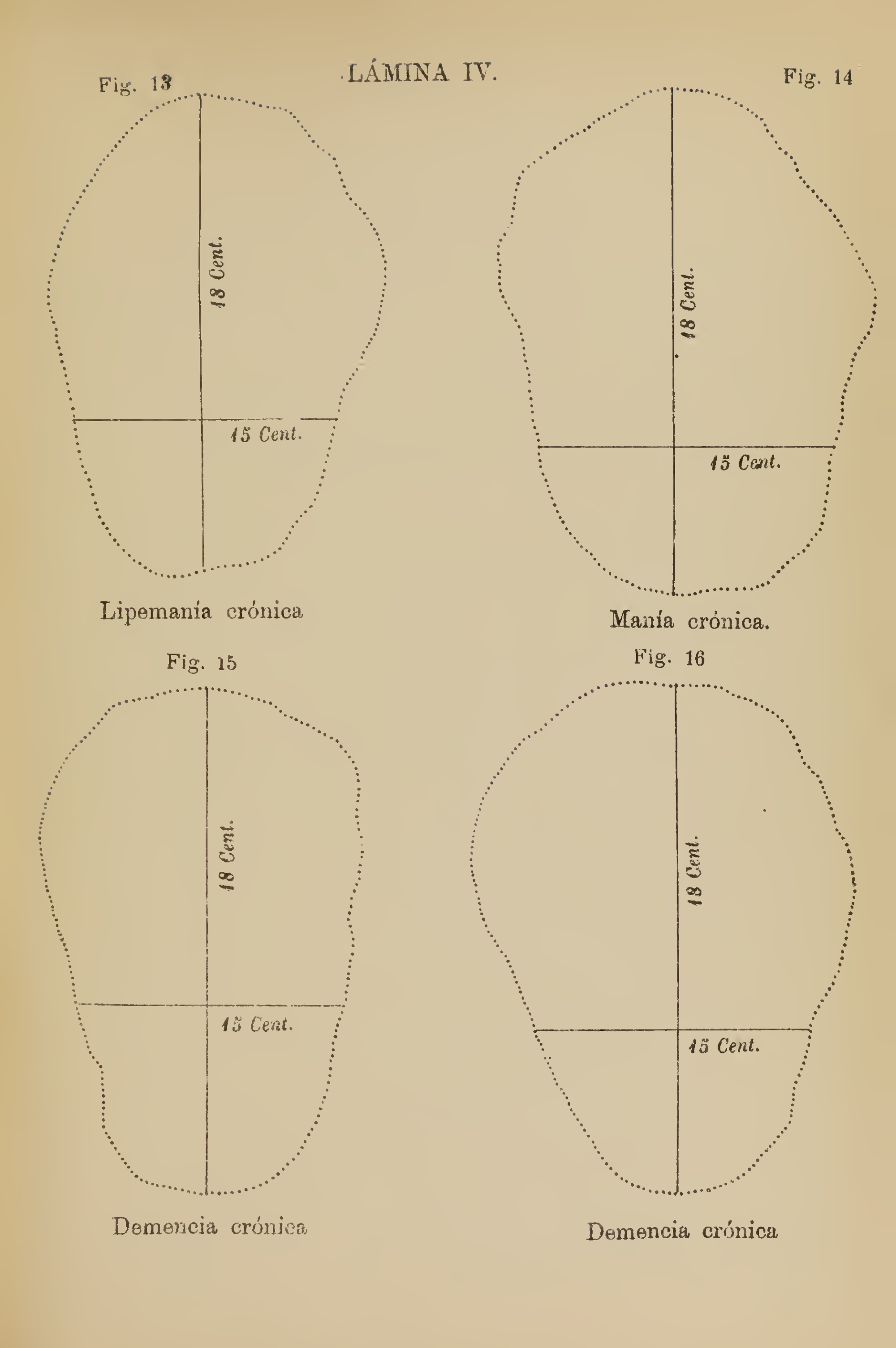


Fig. 13 — Lipemanía crónica

Fig. 14 — Manía crónica.

Fig. 15 — Demencia crónica

Fig. 16 — Demencia crónica



CAPITULO II

—

Idiotismo i cretinismo

Lójicamente debemos empezar nuestro estudio por aquellos séres en que la aberración intelectual es más marcada i las lesiones físicas más manifiestas. Los idiotas i los cretinos, forman el primero i último término de la degradacion física é intelectual de la especie humana.

No obstante que la mayoría de los autores no colocan estos estados, entre las verdaderas alteraciones psíquicas, pues se dice al respecto que, no habiendo nunca gozado aquellas personalidades del perfeccionamiento intelectual, mal puede considerarse su estado, como una psicopatía; no obstante digo, para nosotros que estimamos la perfeccion moral como un hecho, desde el momento del ser, debemos partir de aquí, que su no manifestacion como tal, es acarreada por los trastornos físicos, sobre todo por parte del cerebro, de que son víctimas los idiotas i cretinos.

Esquirol decía: «el hombre demente se halla privado de los bienes que ántes gozaba; es un rico que se ha vuelto pobre: el idiota ha estado siempre en el infortunio i la miseria». De aquí que se haya afirmado con tanta frecuencia que, en los individuos que nos ocupan, no exista una alteracion intelectual, sinó más bien una privasion absoluta de las facultades intelectuales.

Nosotros creemos que en ellos no falta la facultad misma sinó los medios i elementos necesarios para hacer á aquella útil para sí i para los demás. Creemos, pues, que hai una alteracion psíquica, enjendrada por trastornos físicos profundos i manifiestos.

Estudiemos desde luego esas alteraciones materiales que forman una barrera infranqueable á los progresos del espíritu, constituyendo una enfermedad psicológica, cuya causa anatómica se manifiesta con tal evidencia, que se impone directamente á nuestra observacion.

Aparte de las múltiples lesiones físicas que caracterizan á los idiotas, debemos concretarnos para nuestro objeto, tan solo á las deformaciones por parte del cerebro i de la caja craneana.

El peso i volúmen de la masa encefálica se encuentra notablemente disminuidos en los idiotas. Lelut ha constatado que el término medio del peso del cerebro es en ellos, de 1/11 inferior al término medio del normal. Para Crochley Claphem citado por Luys, el peso medio del cerebro sería de 1188 gramos para los hombres, i de 1057, para las mujeres, tomado á una edad media de veinte á veinte i un años.

Comparando estas cifras con el término medio anor-

mal, aceptado jeneralmente, i que es de 1410 gr., se nota pues una gran diferencia.

En cuanto al volúmen, lo más comun es encontrar una atrófia jeneral de la sustancia nerviosa, i en gran número de casos esta atrófia es parcial, limitándose á ciertos puntos, como los pedúnculos cerebrales, los lóbulos cerebelosos, &. Algunas veces en que la atrófia se limita á uno solo de los lóbulos cerebrales, el conjénere parece estar atacado de un cierto grado de hipertrófia.

Hai otras circunstancias en que el conjunto del encéfalo parece afectado de una hipertrófia jeneral i en que su peso aumenta tambien á la par. A este propósito refiere Baillarger, el caso de un niño de cuatro años, cuyo cerebro pesaba 1305 gramos.

Luys observa, que en semejantes casos, puede tratarse con toda probabilidad de un aumento de la sustancia intersticial amorfa ó de la neuroglia, sin que haya verdaderamente un aumento de los elementos activos de la inervacion, células i tubos nerviosos.

Entre tanto, veamos cual es la relacion que afectan estos estados morfológicos del cerebro, con las deformaciones por parte de la bóveda craneana. Interroguemos primero á los cambios de capacidad, organizacion de las suturas i alteraciones estructurales de los huesos, para ocuparnos luego de la forma exterior de la cabeza.

Así como el cerebro es jeneralmente inferior en volúmen, así tambien la capacidad del cráneo en los idiotas, es comunmente inferior á la normal. Dejemos á este respecto la palabra á Luys i otros autores, quienes van á ilustrarnos sobre éstas alteraciones.

Segun Topinard, la capacidad del cráneo de los austriacos, es susceptible de bajar á 1224 c. c., i sin embargo, la de los idiotas desciende aun más allá, manteniéndose al rededor de 1141. Ducatte ha llegado á las mismas conclusiones, i para él, un cráneo cuya circunferencia no mida más que 48 centímetros i tenga una capacidad inferior á 1150 c. c., no puede pertenecer sinó á un idiota ó un imbécil.

Lebut, despues de mensuraciones mui repetidas de cráneos de idiotas, ha llegado á constatar, que no solamente es más exíguo, sinó que tambien esta exigüidad se acentúa más hácia las rejiones posteriores, i esplica este hecho, por un aplastamiento del occipital, debido á su vez á una detencion de desarrollo de los lóbulos posteriores.

Para Virchow, el gran elemento patogénico en las diversas deformaciones de la cabeza de los idiotas, es seguramente, la oscificacion prematura de varias ó de la totalidad de las suturas craneánas. El ha demostrado en efecto que, sucediendo con frecuencia que á causa de un trabajo de irritacion local, las suturas de la base, de la bóveda ó de las partes laterales, llegan aisladamente á soldarse, é inmobilizándose estas rejiones se hacen incapaces de espansion, i constituyen por consiguiente un obstáculo al desarrollo normal de la masa encefálica, la cual, comprimida así en un punto, refluye hácia otro que cede á su presion.

Virchow ha constituido de éste modo una série de defectuosidades craneánas con una fisonomía propia i que constituyen hoi las deformaciones patológicas estudiadas por los antropólogos, i que tienen por condicion patogé-

nica especial, la oscificacion prematura de tal ó cual sutura del cráneo. Es así que cuando el trabajo de oscificacion se hace por un movimiento de conjunto sobre todas las suturas á la vez, la bóveda craneána se hace rápidamente inestensible, i constituye entónces la variedad de cráneos llamados *microcefálicos*.

Es en virtud del mismo mecanismo que los cráneos alargados, resultan de la soldadura prematura de las suturas sajitales i coronales, quedando libres las laterales i lamdoídeas. (Luys.)

Sucede todo lo contrario en los cráneos llamados *hidrocefálicos*. En éstos la oscificacion léjos de hacerse prematuramente, se efectúa de una manera lenta i gradual. La espansion de la masa encefálica, no encuentra resistencia alguna i la distension de la bóveda craneána puede llegar al máximum.

Stall no hace jugar un rol tan grande á la oscificacion de las suturas, ó por lo ménos en lugar de considerarlas, como la causa que impide el desarrollo del cerebro, envolviéndole en una cubierta inestensible, es al cerebro mismo que atribuye una detencion espontánea de desarrollo, de suerte que no hai para él tal tendencia á la extension de las paredes del cráneo i que éstas pueden soldarse. (Foville.)

El tejido propio de los huesos del cráneo, se encuentra tambien jeneralmente modificado en su estructura. Su espesor se halla aumentado en muchos sujetos, i éste espesor puede realizarse aún con la ausencia del diploe, miéntras que, otras veces, éste con las tablas interna i externa, forman un tejido tan compacto, que su corte se asemeja al del marfil.

De una manera jeneral el cráneo de los idiotas presenta grandes irregularidades en el depósito de la sustancia calcárea, encontrándose partes mui condensadas al par de otras en que la tabla de los huesos es casi trasparente.

Se ha mencionado además, un desarrollo considerable de los senos frontales, i un espesamiento notable de los huesos de la base, lo que suele acarrear una obliteracion completa de los conductos destinados á dar paso á los vasos i los nervios.

Ahora bien: veamos qué nos dicen nuestras propias observaciones respecto á la forma exterior i volúmen del cráneo en los indivíduos que nos ocupan.

Ya hemos mencionado la existencia de grandes como pequeñas cabezas, i aunque el número de éstas últimas predomina en nuestras investigaciones, no por eso nos faltan modelos de las primeras. Insertaremos aquí la figura de una de ellas de dimensiones bastante respetables, i en la que se nota á primera vista el gran predominio i desarrollo de los lóbulos látero-posteriores.

En algunos microcefálicos de mui corta edad no nos ha sido posible tomar la conformacion del cráneo porque era en ellos tan pequeño que nuestro aparato no podia darnos el gráfico de su forma. Nos basta i debemos contentarnos entónces con la medida de la circunferencia de esos cráneos, que ninguno de ellos alcanza á la cifra mínima indicada por Ducatte, es decir, á 48 centímetros.

En cuanto al cretinismo, tenemos que limitarnos á mencionar solo las alteraciones indicadas por los autores,

pues nuestros asilos carecen en este momento por completo de individuos de esta categoría, i no han podido por consiguiente suministrar material alguno á nuestra observacion.

Tomaremos pues de Lunier la descripcion de las alteraciones físicas i sobre todo del cráneo, que se encuentran en los cretinos. Las deformaciones de los huesos de la cabeza son numerosas. El canal basilar falta casi constantemente i la apófisis del mismo nombre es acortada de adelante atrás, formando un ángulo casi recto con el agujero occipital que se encuentra retraído; los agujeros carotídeo, esfeno-espinoso, oval i rasgado posterior, son bastante estrechos.

Parece que la base del cráneo hubiera sido rechazada de abajo á arriba por la colúmna vertebral, ó mejor aún, que ella hubiera sufrido de arriba á abajo, por delante i á cada lado de los condilos del occipital, una presion que hubiera tenido por efecto, deprimir la parte saliente de la cara interna de la base, i por consiguiente, disminuir la profundidad de las fosas occipitales i de las fosas médias laterales.

Virchow ha encontrado en los cretinos una lesion que considera característica de ellos i es, la oscificacion prematura de la sutura esfeno-basilar; pero, Lunier cree, que ésto es tal vez una escepcion pues que en los cretinos, la oscificacion de las suturas del cráneo, es más bien retardada que prematura i pruébanlo así la persistencia de las fontanelas i la presencia de huesos wormianos encontrados jeneralmente en las autópsias.

Cerise ha indicado otras alteraciones del cráneo, en los

cretinos, el que á más de su irregularidad es casi constantemente deprimido, al mismo tiempo que retraido adelante i arriba.

La rejion occipital es aplastada i el conjunto alargado hácia atrás, abajo i al nivel de los parietales, presentando habitualmente por encima del arco superciliar, una depresion trasversal, que el autor considera como constante en los cretinos completos.

Sentimos deveras tener que limitarnos á colocar aquí algunos modelos de cabezas de idiotas, únicamente, sin acompañarlos de algunos otros de cretinos; pero, ya hemos dado la razon poderosa que nos impide hacerlo.

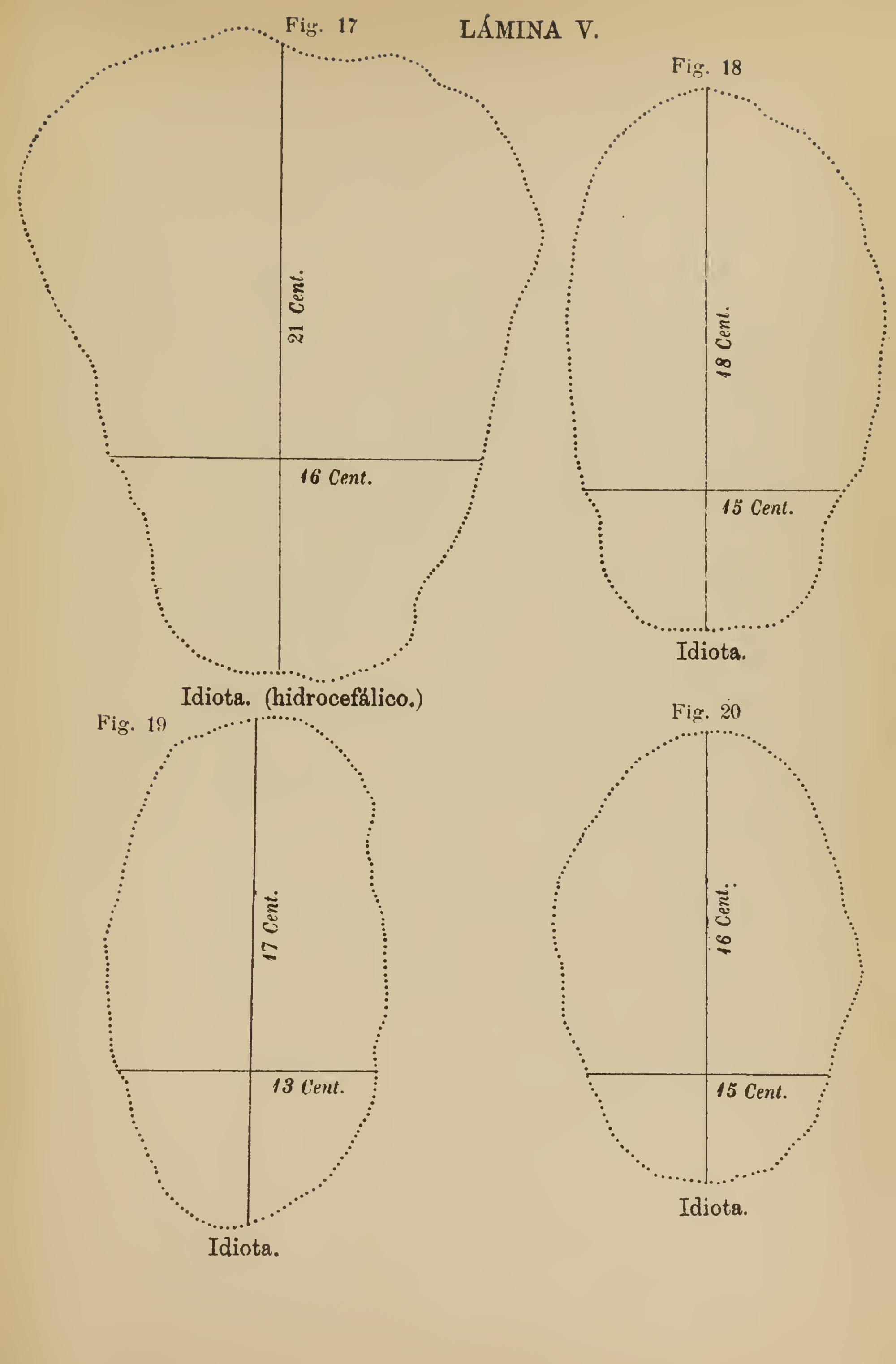


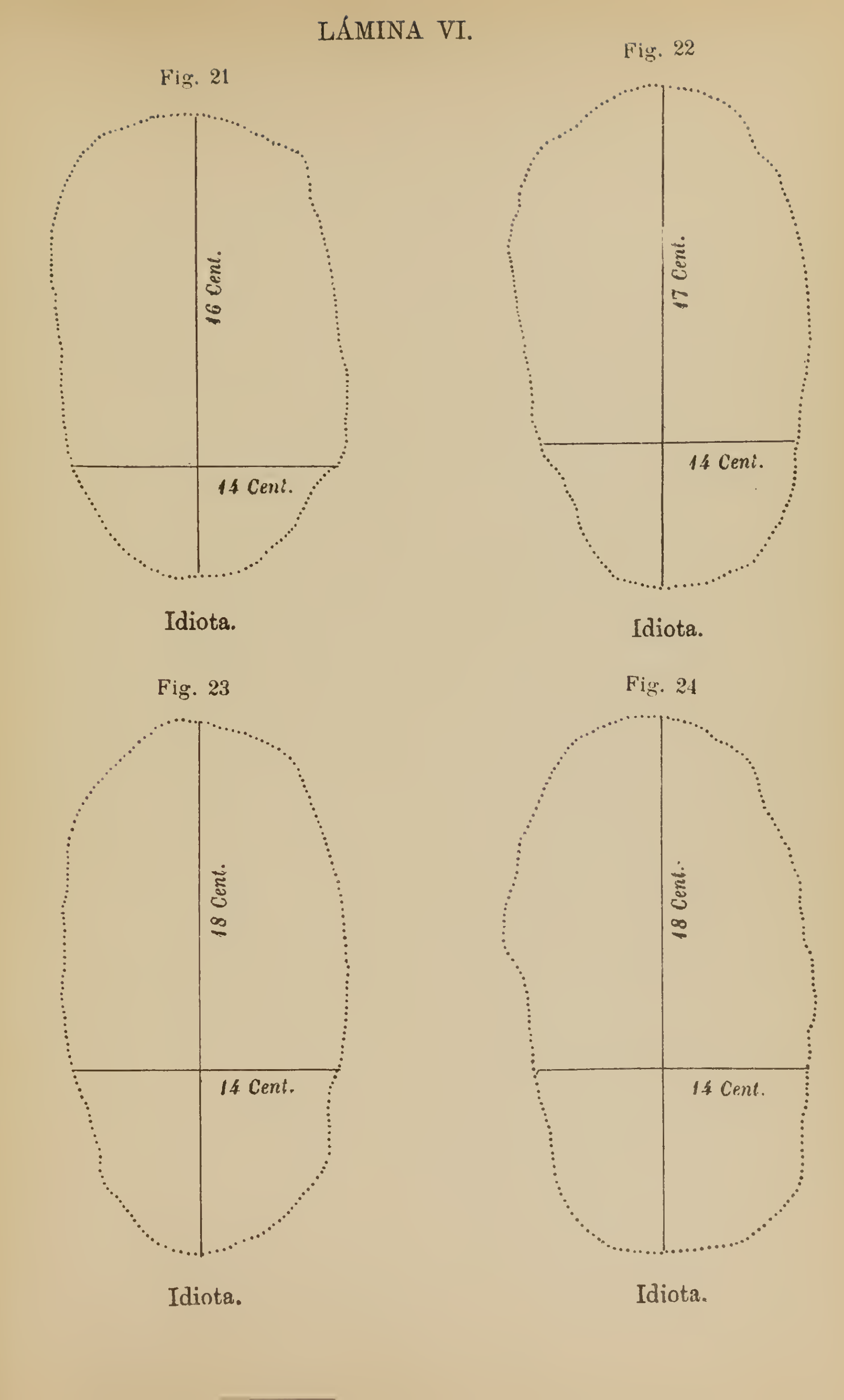
Fig. 17. Idiota. (hidrocefálico.)

Fig. 18. Idiota.

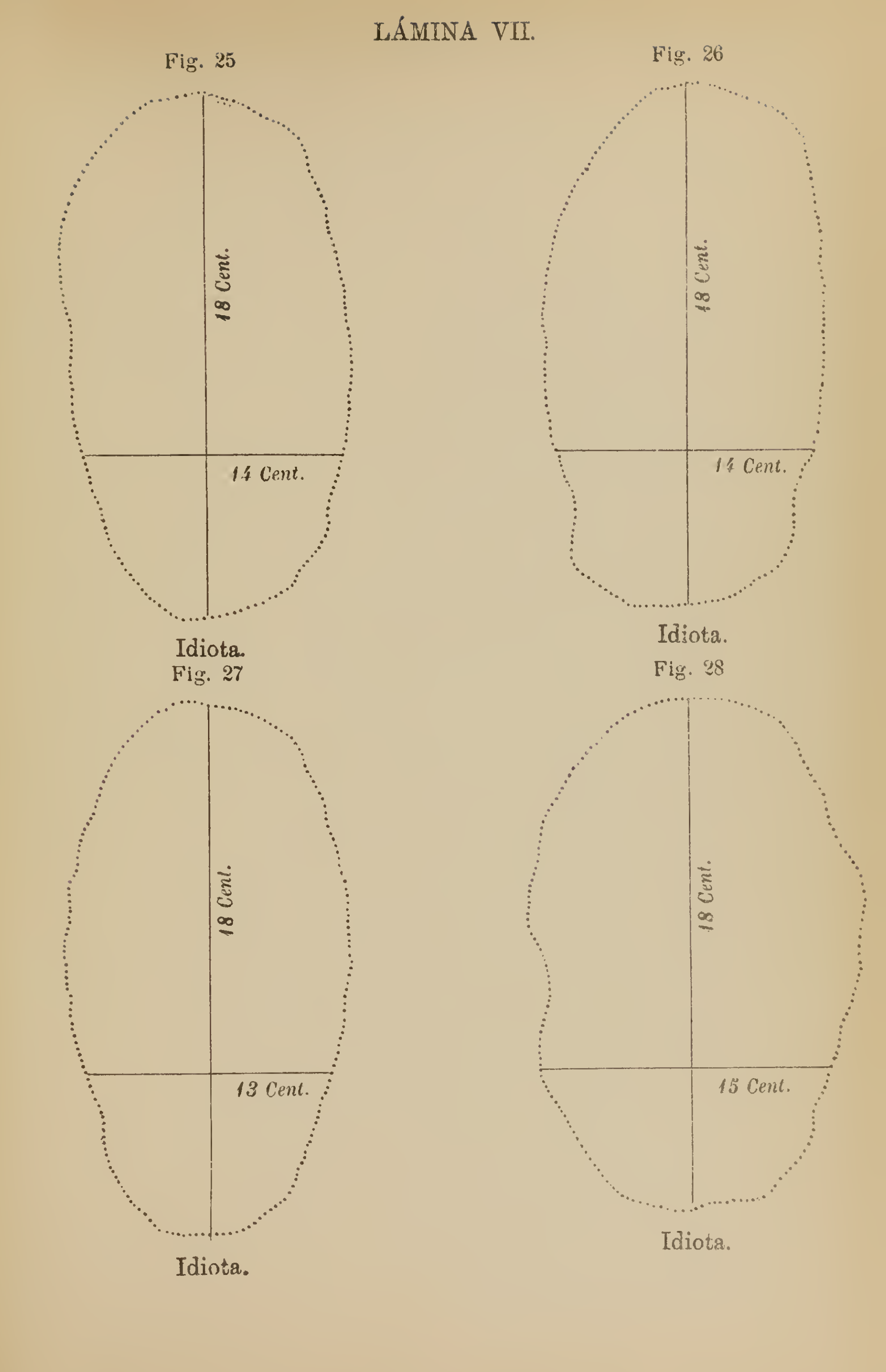
Fig. 19. Idiota.

Fig. 20. Idiota.

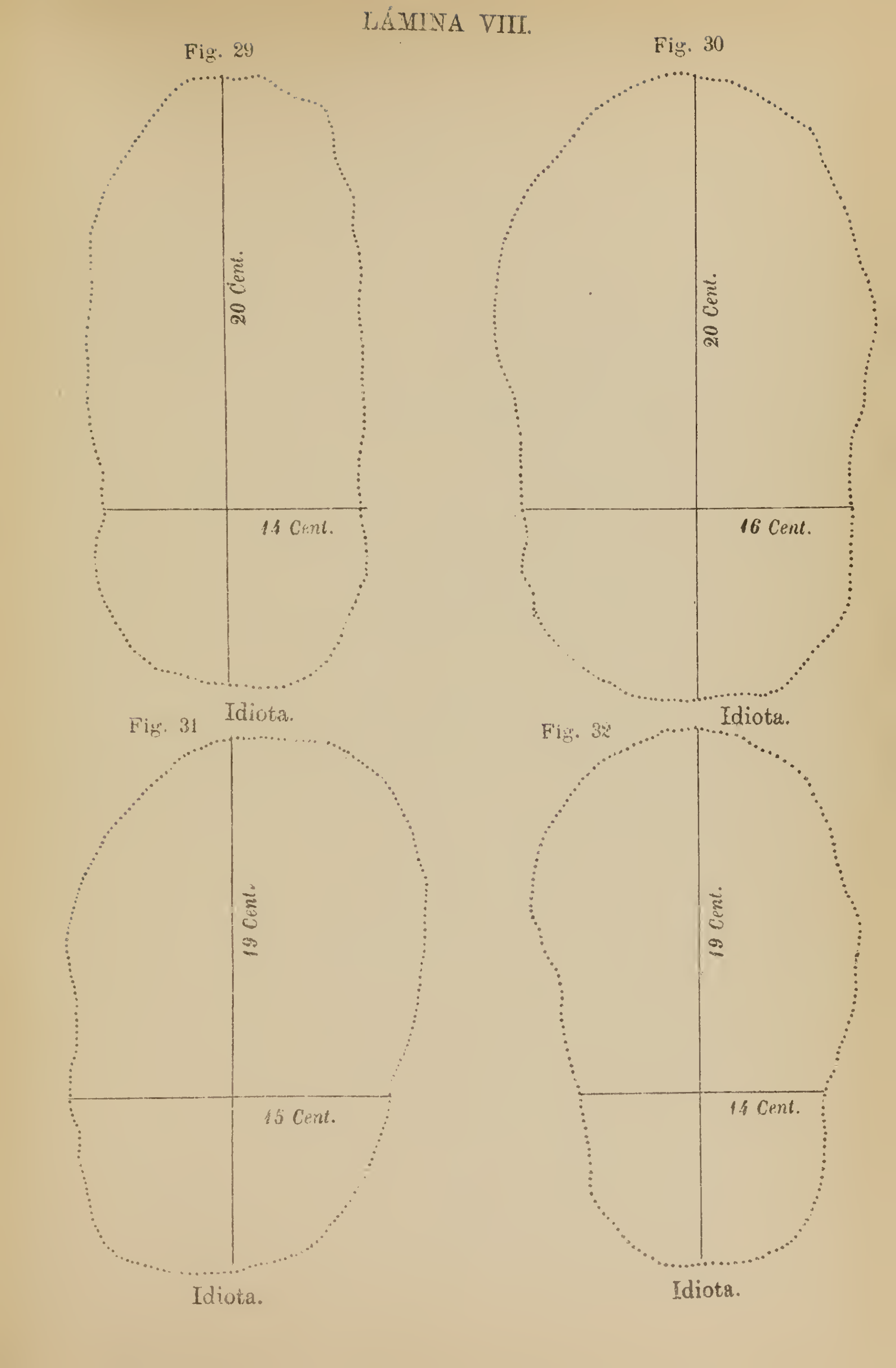



LÁMINA VI.
Fig. 21
16 Cent.
14 Cent.
Idiota.
Fig. 22
17 Cent.
14 Cent.
Idiota.
Fig. 23
18 Cent.
14 Cent.
Idiota.
Fig. 24
18 Cent.
14 Cent.
Idiota.




Fig. 25
18 Cent.
14 Cent.
Idiota.
Fig. 26
18 Cent.
14 Cent.
Idiota.
Fig. 27
18 Cent.
13 Cent.
Idiota.
Fig. 28
18 Cent.
15 Cent.
Idiota.




Fig. 29
20 Cent.
14 Cent.
Idiota.
Fig. 30
20 Cent.
16 Cent.
Idiota.
Fig. 31
19 Cent.
15 Cent.
Idiota.
Fig. 32
19 Cent.
14 Cent.
Idiota.



De nuestras figuras se desprende pues que en el mayor número de casos observados, la pequeñez de los diámetros predomina.

Puede replicarse á esto que sea debido talvez á que los niños forman en gran parte el continjente de los idiotas. Pero en nuestro caso repetimos, como ya lo hemos mencionado, que las cabezas demasiado pequeñas, la de los niños más que todo, no han sido representadas por no prestarse á ello el aparato.

Luego, todas las que aquí insertamos pertenecen á jóvenes adultos i aun á hombre de alguna edad.

Apesar de su poca estension, se nota sin embargo un predominio marcado en el diámetro antero-posterior i la protuberancia occipital mui marcada en la mayoría de los casos.

Hemos colocado al final dos formas que nos ofrecen mayores diámetros, porque son quizá las únicas que existen en tales condiciones sin que pertenezcan por eso á los hidrocéfalos propiamente dichos.



CAPITULO III

Locura hereditaria

Si hai algun punto de interés verdaderamente práctico, en lo que se refiere á las alteraciones físicas en las diversas psicósis, es seguramente el estudio de aquellas, en cuanto se relacionan con la locura hereditaria.

En efecto; ninguna cuestion más trascendental que ésta, que abarca las relaciones de familia i de la sociedad universal. Nada más importante que poder determinar de antemano, siquiera aproximativamente, los caracteres físicos i morales, que han de aparecer más ó ménos tarde, en aquellos infortunados que llevan el soplo ignorado de sus futuras alteraciones.

La herencia en lo que se refiere á los trastornos esencialmente físicos, es un hecho, ya há mucho averiguado. Pero, sucede lo mismo tratándose de las psicopatias?

Algunos autores notables, como Heinrot, han llegado

á negarla completamente, dominados quizá por un exeso de espiritualismo.

Sin embargo, es evidente que el ser moral i psíquico del individuo, no se altera tan fácil i espontáneamente, sin que trastornos más ó ménos profundos de la naturaleza misma de aquel, no vengan á interponerse en el curso normal de la existencia.

Ball sostiene de tal modo sus opiniones en pro de la herencia de la locura, que dice, que si se le exijiera condensar en una sola palabra lo que se sabe sobre el oríjen de ella, afirmaría, «que no hai más que una causa de alienacion mental, i es, la herencia.»

Entretanto, quien és esa entidad que se denomina herencia?

Definámosla con Ribot. La herencia, dice este autor, es una lei biológica en virtud de la cual todos los seres dotados de vida, tienen una tendencia á repetirse en sus descendientes. Es á la especie, lo que la identidad jeneral, es al individuo. Para ella, en medio de las variaciones perpétuas, hai un fondo permanente: para ella la naturaleza se cópia á sí misma i se reproduce incesantemente. Sin ella, los diversos tipos de la animalidad serian librados á los caprichos del azar; sin ella las naciones más civilizadas, estarian espuestas á caer subitamente al nivel de los pueblos salvajes, á causa de no haber reproducido de una á otra jeneracion, las mismas tendencias, los mismos instintos i los mismos sentimientos.

Es pues la herencia un factor capital en la sucesion de los fenómenos de la vida, i es á ella unicamente á quien debe atribuirse esa persistencia de los caracteres esencia-

les de una familia, de una nacion ó de una raza, caracteres cuyos antecedentes se pierden en el fondo oscuro del abismo de los siglos, pero que se manifiestan á cada paso con toda evidencia.

Todo hábito adquirido, toda impresion llevada sobre los centros nerviosos, deja una huella más ó ménos durable, i que es susceptible de trasmitirse por herencia. De esa sucesion interminable, tendremos siempre ájiles á los montañeces i á los árabes siempre jinetes. Es así que en los habitantes del Asia central, la costumbre de prolongar la mirada en las vastas planicies, parece desarrollar en ellos la agudez visual, á un grado que supera las facultades ordinarias.

Esta predisposicion hereditaria se trasmite más directa i manifiestamente en el órden psíquico i moral i aquel adajio tan vulgar entre nosotros, «de tal palo tal astilla», encierra á nuestro modo de ver una profunda filosofía.

Se ha dado tanta importancia á la cuestion de herencia, que vemos asignarla un gran rol en lo que toca á la creciente civilizacion de nuestros dias. Hablando de ella Ball, se espresa así:

Para el poeta, para el filósofo, para el economista, para el hombre de estado, la civilizacion puede definirse de mil maneras diferentes. Para el médico, la civilizacion es una disposicion particular del sistema nervioso, adquirida por largos i laboriosos esfuerzos i cuyos efectos se han acumulado por trasmision hereditaria.

De allí por qué, cada uno de nosotros es el producto de un trabajo, que remonta á millares de años. La parte de nuestra constitucion física i moral que propiamente nos

corresponde, es mui mínima, si la comparamos á la que nos viene de nuestros antepasados; i si fuera posible dar un cuerpo á esta abstraccion que llamamos herencia, i prestarle una voz, ella podría hablarnos en el lenguaje de la Escritura: « *Qué eras tú cuando yo fijaba los fundamentos de tu organizacion?* » (1)

Determinada así de una manera incontestable la influencia de la sucesion hereditaria, en la trasmision de los caractéres físicos i morales, veamos entre tanto cuál es la proporcion que existe, tratándose de la alienacion mental, i estudiemos luego el valor de los caractéres físicos para reconocer i determinar aquella influencia.

Las estadísticas más variadas, i hasta cierto punto contradictorias, se han dado, sobre la proporcion de los casos de locura hereditaria. Así, para Moreau, esta proporcion sería de un 90 por 100, mientras que Schlager solo acepta un 4 por 100. Hai entre éstas dos cantidades una abierta oposicion, pues la una acepta el estremo inferior, i la otra por el contrario el superior.

No han faltado á pesar de ésto los términos medios, i así, por ejemplo, Tigges avalúa la proporcion en un 40 por 100; Esquirol, un 25 por 100; Parchappe, un 15 por 100 i Tuke i Bucknill, concluyen de sus observaciones que en un tercio, término medio de los afectados, la locura es hereditaria.

Nuestras investigaciones al respecto, á pesar de la dificultad para la posesion segura de los antecedentes porque éstos no se estiman tales en la mayoría de los casos

(1) Ball, Maladies mentales—1880.

sinó cuando vienen de padre ó madre; nuestras investigaciones, decía, nos han suministrado un 25 por 100, proporcion que se halla perfectamente de acuerdo con la indicada por Esquirol.

Ocupémonos ahora del valor de los signos físicos en jeneral, para la determinacion de la locura hereditaria. A ejemplo de Taty, hagamos una lijera reseña histórica de los trabajos publicados al respecto, cuyos elementos tomaremos del autor citado, quien hace aquella con verdadera prolijidad.

Empecemos con Esquirol, que en 1835, escribía su célebre pasaje aquel en que ocupándose de esta cuestion, aunque sin entrar en grandes detalles, decía: «esta funesta trasmision se pinta sobre la fisonomía, sobre las formas exteriores, en las ideas, las pasiones, los hábitos i las inclinaciones de las personas que deben ser víctimas de la alienacion mental; advertido por alguno de estos signos, me ha sido algunas veces posible, llegar á anunciar un acceso de locura, muchos años ántes de que estallara.

En 1850, Brigham, publicó un trabajo en que se ocupa de la cuestion bajo el punto de vista jeneral sin especializarse con la locura hereditaria, i no llega á conclusiones satisfactorias.

Con Moreau de Tours, puede decirse que empieza á deslindarse la cuestion, colocándose en su verdadero terreno, i consagrándose aquel autor al estudio de los signos objetivos de la herencia. En una memoria publicada en 1852, Moreau se pregunta si existen signos en los cuales se pueda reconocer la predisposicion hereditaria á las afec-

ciones cerebrales. Pero él mira la cuestion bajo el punto de vista particular i dá por supuesto el conocimiento de los ascendientes, para averiguar si tal ó cual descendiente está más ó ménos predispuesto á la locura hereditaria.

Aparece más tarde el tratado de la dejeneracion física i moral,» de Morel en 1857, en el cual se indican ya algunos de los caractéres trasmisibles de la herencia mental.

Hácia mediados de 1859, Morel de Saint-Yon, publica una notable memoria sobre los caractéres de la herencia en las diferentes neurósis, estableciendo en ella que, si la herencia no es una palabra vana, las enfermedades nerviosas tienen su carácter que les es propio; i estudia i refuta las objeciones sacadas de la diferencia aparente que existe con frecuencia en los niños de un mismo lecho, bajo el punto de vista intelectual i moral.

Nos parece mui oportuno reproducir aquí las conclusiones de aquel trabajo.

«Los caractéres de la herencia en las enfermedades nerviosas, dice el autor, se manifiestan por alteraciones especiales en las funciones físicas i por anomalías más ó ménos especiales tambien, en el ejercicio de las facultades intelectuales i afectivas.

«El individuo atacado de una enfermedad nerviosa hereditaria, revela el oríjen de este estado mórbido, por numerosas defectuosidades de su organismo. La anatomía patolójica puede en algunas circunstancias completar lo que el exámen de las funciones en el vivo nos enseña, sobre la influencia ejercida por la trasmision hereditaria de mala naturaleza.

«Es del exámen comparado de todos éstos hechos patológicos de órden intelectual, físico i moral, que el médico deducirá las reglas que le permitan concluir en la existencia de la herencia en un individuo, i la posibilidad de la trasmision á sus descendientes. Esta trasmision puede hacerse en condiciones similares; pero, lo más frecuentemente, la evolucion patológica de los fenómenos, es progresiva i complexa.

«La evolucion de todos estos fenómenos própios á las neurósis hereditarias, comprende un círculo inmenso. En uno de los puntos de esta circunferencia, puede no encontrarse más que la simple exacerbacion del temperamento nervioso, la exentricidad, la estravagancia de los actos, el elemento neuropático bajo su forma más simple, matices apenas perceptibles en la esfera de las defectuosidades i deformaciones del organismo.

«En otro punto, se encontrarán caractéres de la herencia en su expresion sintomática más completa i más ámplia. En la esfera de las facultades intelectuales ó afectivas, se observarán impulsiones instintivas, tendencias á actos desordenados i peligrosos, locuras sistemáticas incurables i finalmente, la abolicion completa de la intelijencia. En el órden de las funciones físicas, serán las alteraciones de la periodicidad en las manifestaciones de los sufrimientos más variados del sistema nervioso, tales como la histéria, la epilépsia, i la hipocondría con sus manifestaciones más notables.

«En fin, las alteraciones i defectuosidades del organismo se revelarían, por el predominio del temperamento linfático i escrofuloso, por el raquitismo, el estrabismo, la sordo-

mudez, las enfermedades del sistema óseo, la insuficiencia del cerebro i finalmente, por detenciones de desarrollo, tales como la disminucion de la talla, la ausencia de la segunda denticion, la atrófia de los órganos jenitales, la esterilidad, &, &.

«Entre éstos dos puntos extremos, se diseñan como se comprende fácilmente, un sin número de situaciones neuropáticas en que el conocimiento de los caractéres de la herencia hace la intervencion médica más eficaz, sea como tratamiento directo, sea como hijiene i profilaxia.»

Se ve cuanta importancia dá Morel á los signos físicos en la locura hereditaria, i por este medio i profundizando sus estudios, ha llegado á establecer varias clases i categorias de alienados.

Continuemos empero nuestra reseña histórica.

Inspirado en las ideas de Morel, i puede decirse continuando su obra, viene más tarde en 1862 Marce, quien asigna á la locura hereditaria un lugar preferente en su obra, estudiando con toda detencion sus diferentes caractéres. En 1864 Hugh Grainger Stewart, publica algunos datos confirmativos de las ideas de sus antecesores.

Pasemos por alto los trabajos de Faret i Yung, en 1867 i llegaremos á 1868 en que Campagne publica su tratado sobre «la manía razonada,» i veamos lo que este autor dice respecto á los signos físicos. «Nuestros maniacos, afirma, llevan en la forma i volúmen de su cabeza el sello de su dejeneracion. La constatacion de este hecho le dá una importaneia capital.»

No queremos analizar aquí las deformaciones de la cabeza de los maniacos, cuestion que reservamos para otro lugar; pero, queremos sí hacer notar con las palabras de Campagne la importancia que adquiere en ciertos casos, la determinacion precisa de algunas deformaciones, para el diagnóstico de ciertas formas de locura.

Algunos otros trabajos se publican hasta 1870 en que Thompson estudia la naturaleza hereditaria del crímen i encuentra deformaciones físicas, que traducen los caractéres criminales hereditarios. Describe la cara grosera, angulosa, abyecta i estúpida; el tinte sucio de los seres que les componen, i la fealdad de las formas, de cara i de movimientos de las mujeres; señala la frecuencia de las desviaciones espinales, los vicios orgánicos de la lengua, el pié bot, la division de la bóveda palatina, la epilepsia, la debilidad de espíritu i por último la imbecilidad. (Taty.)

Encontramos todavía sábios como Voisin que se hacen éco de las ideas de Morel i que ha anotado prolijamente los signos de la locura hereditaria i en particular la forma azteca de la cabeza i la disminucion en su diámetro ántero-posterior, que en la mayoría de los casos es de 16 á 18 centímetros, miéntras que el término de lo normal es de 17.5 á 18.

Al par de estas apreciaciones i más recientemente si se quiere (1885) encontramos otras no mui favorables á la importancia de los caractéres físicos en la locura hereditaria. Así, Taty, en su «estudio sobre locura hereditaria» ha llegado á las conclusiones siguientes, que trascribo íntegras para no cambiar en nada el sentido de ellas.

«Las deformaciones físicas dice, son insuficientes por sí mismas para hacer afirmar un vicio hereditario. Reunidas en cierto número, ellas pueden constituir un indicio.

«Sabemos cuales son éstas deformacionss físicas. Cráneo irregular, cara asimétrica, talla pequeña, paladar escabado, lengua hipertrofiada, oreja de lóbulo soldado, lábio leporino, fímosis, criptorquidia, &, &. Si se buscan éstas deformaciones se las encontrará con frecuencia. En 75 observaciones de alienados notoriamente hereditarios, nosotros no hemos encontrado ninguna que sea constante, por una parte, i que no pueda referirse por otra, á una causa de dejeneracion que no sea la herencia de la locura.

«No haremos en detalle la crítica de cada uno de los pretendidos estigmas. Nos detendremos solamente un momento, sobre la forma del cráneo, diciendo en seguida, que si el cráneo es frecuentemente irregular, éstas irregularidades varían casi con cada enfermo i nos parecen mucho ménos interesantes que la fisonomía.

«Como las deformaciones craneánas no presentan nada de constante, i se encuentran algunas como la enorme asimetría, torcion lateral, aplastamiento parietal i más frecuentemente occipital, en alienados que no son evidentemente hereditarios, estamos en el derecho de concluir, que no hai forma craneana característica.»

Anotamos las conclusiones de éste autor para que existan en este trabajo todos los términos posibles de comparacion, ya teórica, ya practicamente. Sin embargo creemos, que el número de casos observados por Taty

es insuficiente por sí solo, como su creencia respecto á los signos físicos, para llegar á conclusiones más ó ménos positivas.

Con todo, despues de lo que llevamos dicho en esta cuestion, nos parece indudable que nadie pondrá en tela de juicio, la existencia real de las alteraciones físicas en la locura hereditaria, por más que ellas no basten por sí solas para caracterizar ésta.

No es posible pues desconocer hoi el valor de las alteraciones morfológicas, i pasaron ya los tiempos en que habia quien afirmara, como lo hace Heinrot, que «la locura no depende jamás de una causa física; que no es una enfermedad del cuerpo sinó del espíritu, un Pecado... que no es ni puede ser hereditaria,—que el hombre que tiene durante su vida, delante de sus ojos i delante del corazon, la imájen de Dios, no debe temer jamás la pérdida de su razon.»

Hoi no son posibles tales afirmaciones i la trasmision de la locura es un hecho, que debe ponernos en camino de la adquisicion del mayor número posible de datos físicos para averiguar su existencia, lo mismo que si se tratara de otra alteracion orgánica cualquiera.

Esto no quiere decir, se comprende, que debemos hacer abstraccion del elemento intelectual ó psíquico, porque en el estado actual de nuestros conocimientos, sólo él puede ponernos en la vía de apreciaciones más ó ménos exactas.

Conviene sin embargo tener siempre presente en nuestro espíritu, que las leyes de la jeneracion son inmutables i que no se derogan jamás. Que el sello impreso á nuestra

organizacion en los primeros elementos constituidos, no se pierde nunca á pesar de la sucesion del tiempo, i de los cambios i transformaciones más ó ménos aparentes, que las vicisitudes de la vida obligan al hombre á soportar.

El soplo de la herencia es fatal, i persíste i se estiende mucho más allá evidentemente, que lo que dura nuestra efímera existencia. En una palabra, la especie humana, es una herencia de su autor.

Entre tanto, veamos cuál es el resultado de nuestras observaciones en lo que se refiere á los casos de herencia confirmada, en las diferentes formas de psicósis. En 519 casos observados, hemos encontrado los antecedentes hereditarios manifiestos, en 137 individuos, i las formas craneanas, por lo comun irregulares nos han revelado el mayor número de veces, la disminucion en los diámetros en jeneral. (1)

Nos bastaría aquí hacer referencia á algunas de las formas representadas anteriormente, sobretodo en los casos de idiotismo; pero, queremos tambien colocar á la par de este estudio algunos modelos, para que pueda establecerse mejor cualquier jénero de comparacion.

(1) Estos 519 casos representan el número en que nos ha sido posible investigar la herencia, porque en muchos casos los antecedentes faltan por completo.



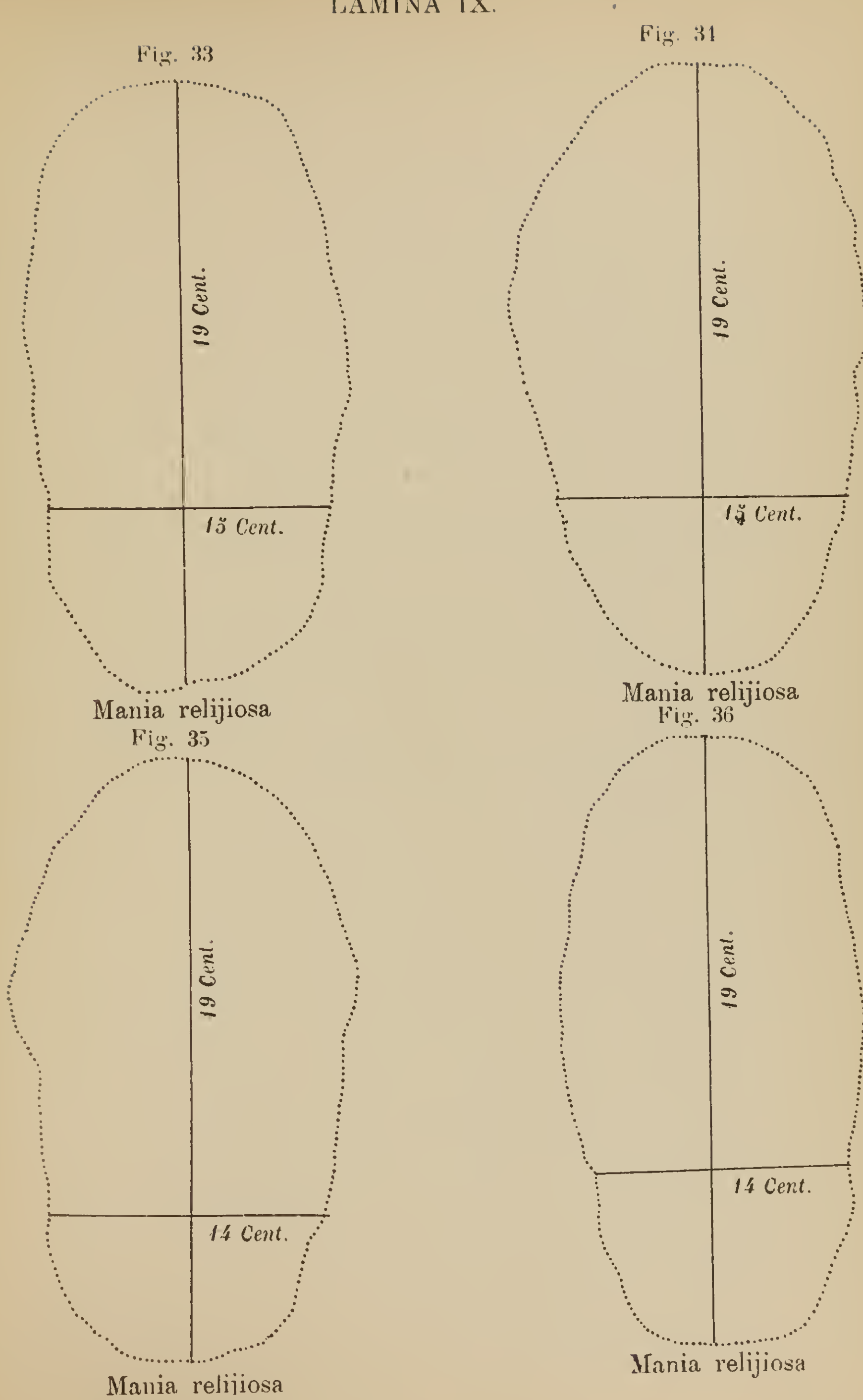
LAM. IX

Fig. 33. Mania relijiosa—Herencia directa de padre afectado de locura; forma desconocida.

Fig. 34. Mania relijiosa—Herencia paterna. Padre atacado de epilepsia i vuelto maniaco.

Fig. 35. Herencia directa en línea materna, madre histérica atacada de delirio de persecuciones.

Fig. 36. Herencia colateral.


LÁMINA IX.
Fig. 33
19 Cent.
15 Cent.
Mania relijiosa
Fig. 34
19 Cent.
15 Cent.
Mania relijiosa
Fig. 35
19 Cent.
14 Cent.
Mania relijiosa
Fig. 36
19 Cent.
14 Cent.
Mania relijiosa

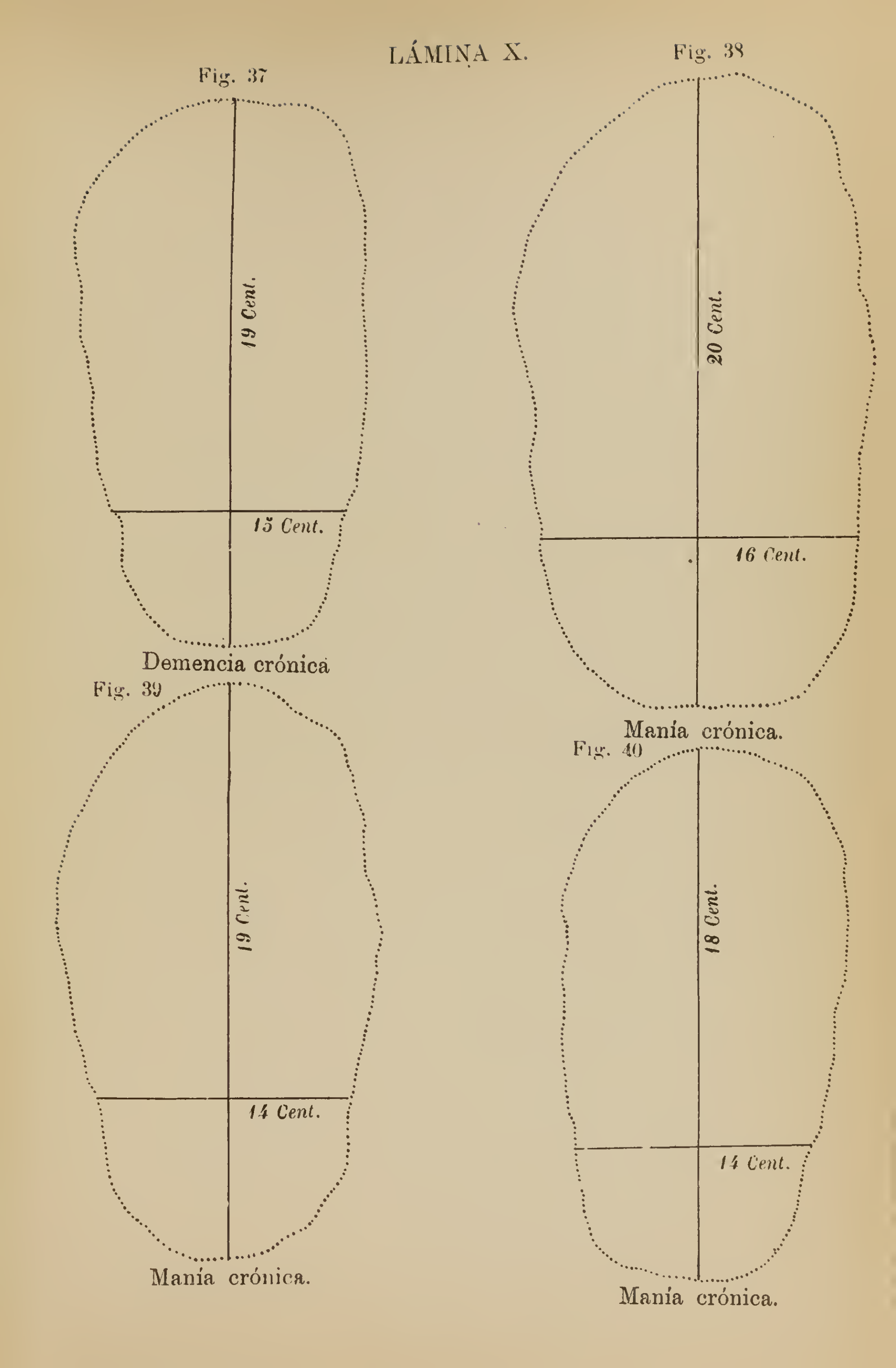
LAM. X

Fig. 37. Demencia crónica—Abuelo alcoholista—Padre afectado de exitacion maniaca.

Fig. 38. Manía crónica—Herencia colateral por parte del padre—Una hermana de éste, alienada.

Fig. 39. Herencia materna—Madre neurópata i padre de ésta, epiléptico.

Fig. 40. M. de la T.—Un hermano alienado i detenido en el mismo asilo—Una hermana de facultades intelectuales mui entorpecidas.


LÁMINA X.
Fig. 37
19 Cent.
15 Cent.
Demencia crónica
Fig. 38
20 Cent.
16 Cent.
Manía crónica.
Fig. 39
19 Cent.
14 Cent.
Manía crónica.
Fig. 40
18 Cent.
14 Cent.
Manía crónica.

LAM. XI

Fig. 41. Epiléptico.—Padre intelijente pero alcoholista i una hermana de éste fanática.—Madre alienada, afecta de lipemanía.

Fig. 42. Madre muerta ignorándose de qué. Padre detenido por conato de homicidio.

Fig. 43. M. D.—Padre i madre, se ignora jénero de muerte.—Tio, alienado i un hermano criminal.

Fig. 44. F. L.—Delirio de persecuciones.—Lado paterno con alienados en la familia.—Madre sana.

LÁMINA XI.

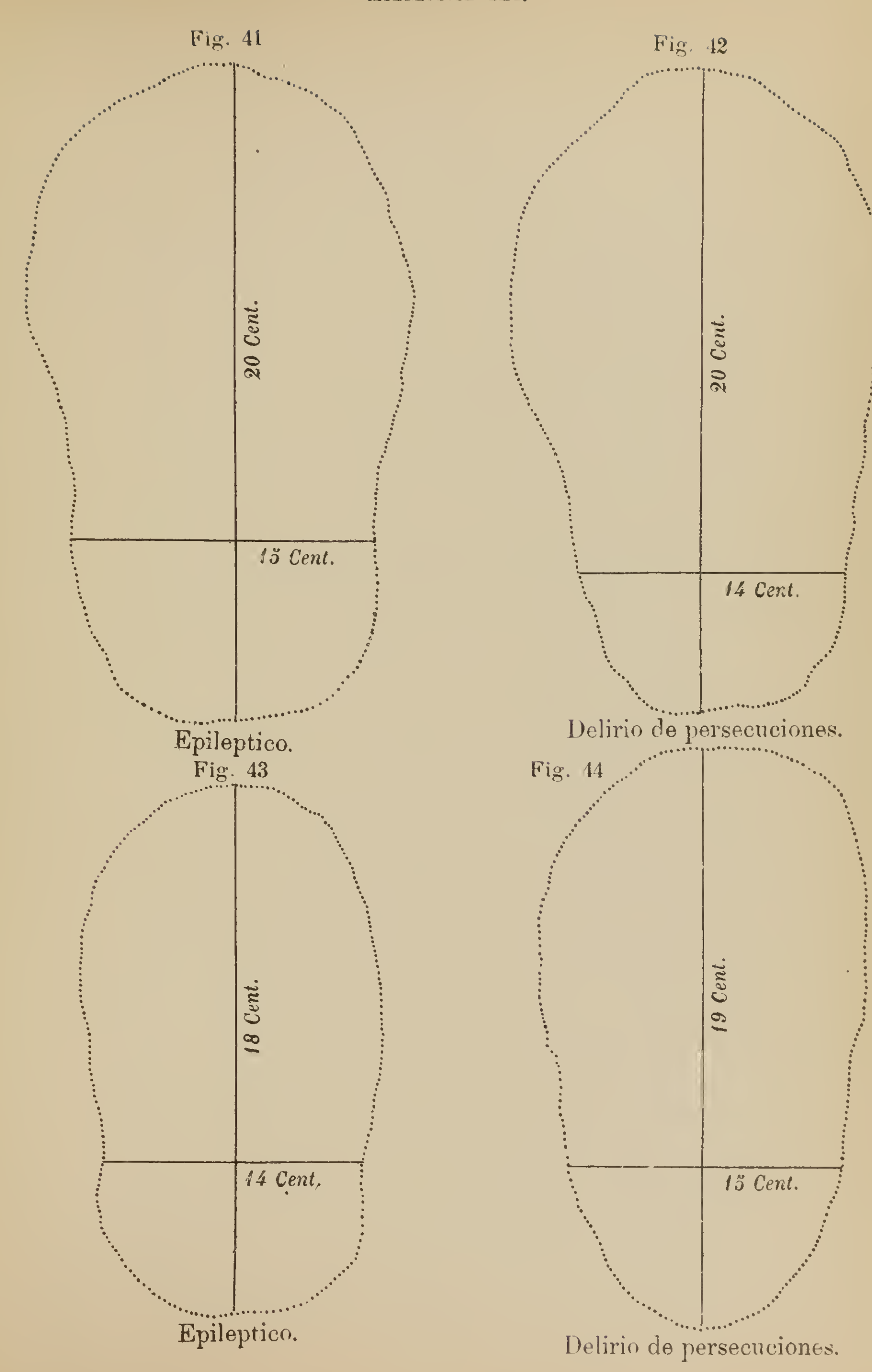


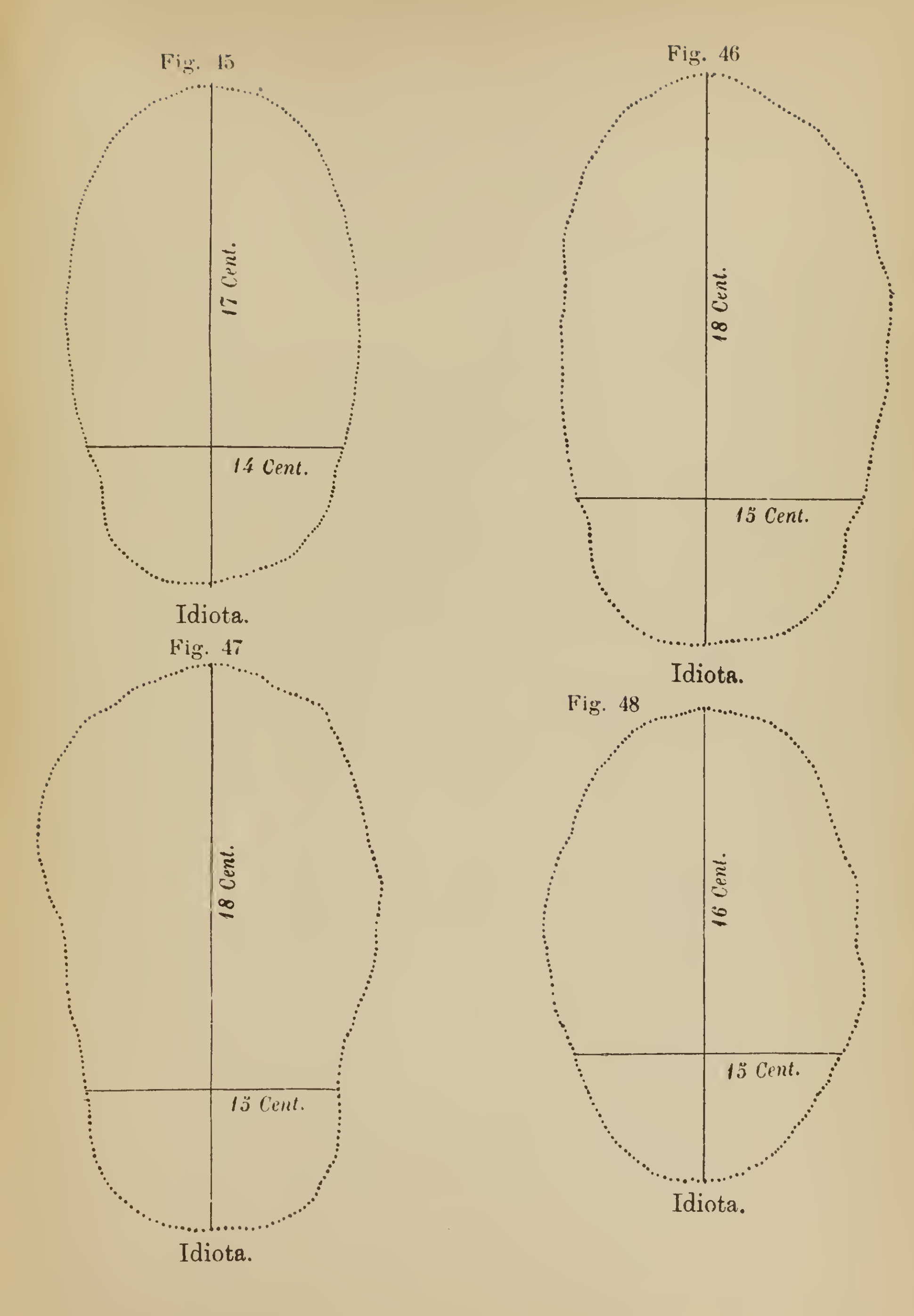
Fig. 41
20 Cent.
15 Cent.
Epileptico.
Fig. 42
20 Cent.
14 Cent.
Delirio de persecuciones.
Fig. 43
18 Cent.
14 Cent,
Epileptico.
Fig. 44
19 Cent.
15 Cent.
Delirio de persecuciones.

LAM. XII

—

Figs. 45, 46 i 48. Idiotas, hijos de padres alcoholistas.

Fig. 47. Idiota—Madre demente.—Un hermano pobre de espíritu.


Fig. 45
17 Cent.
14 Cent.
Idiota.
Fig. 46
18 Cent.
15 Cent.
Idiota.
Fig. 47
18 Cent.
15 Cent.
Idiota.
Fig. 48
16 Cent.
15 Cent.
Idiota.



CAPITULO IV.

Demencia

Si tomáramos esta palabra en su acepcion más jeneral, es decir, como espresion sinónima de locura ó alienacion mental, caeríamos en la confusion; pues que, hoi estamos ya en condiciones de distinguir, las diferentes formas psicopáticas, de que la demencia forma parte, siendo, como lo és, caracterizada por sus trastornos intelectuales i físicos.

Siguiendo el método de los capítulos anteriores, haremos tambien aquí una enumeracion suscinta de los signos físicos jenerales que presentan los afectados de demencia, para llegar luego á las investigaciones que motivan éste trabajo.

Los estudios de Esquirol tendentes á reconocer las alteraciones anatómicas, própias al encéfalo de los dementes, no dieron el resultado que podía esperarse, i aquel autor sólo pudo sacar de sus observaciones, esta conclusion: las aberturas del cuerpo que han iluminado frecuen-

temente la medicina sobre el sitio de las enfermedades, no ofrecen ningun resultado satisfactorio, para el conocimiento del sitio i de la causa inmediata del delirio, en individuos atacados de demencia.»

Calmeil fué más feliz i despues de constantes i repetidas observaciones llegó á decir: «la lesion propia de la demencia asienta quizá, en la sustancia más íntima de los tejidos elementales del cerebro,» preveyendo de este modo la existencia de alteraciones reales, que debieran encontrarse más tarde, cuando el adelanto científico echara por tierra el ecepticismo de aquellas épocas.

Posteriormente las investigaciones dieron talvez ménos resultado, pues se hizo por los autores, una lamentable confusion, estudiando las alteraciones micro i macroscópicas de la locura en jeneral, sin determinacion ninguna de especies.

Foville vino más tarde á dar un gran paso en este sentido, diferenciando por lo ménos aquellas alteraciones en los casos de delirio agudo i crónico. Describió entre las lesiones más habituales de este último, por parte de los hemisferios cerebrales, una disminucion de volúmen de las circonvoluciones que acarreaban cambios mui importantes en las formas naturales. Esta disminucion de volúmen ó atrófia se acompañaba de palidez i resistencia de los tejidos, pudiendo ser jeneral ó parcial i manifestándose por depresiones lineales ó levantamientos irregulares.

Foville (hijo) hace una prolija descripcion de aquellos trastornos i tomaremos de él la mayor parte de esta reseña á fin de no quitarla su verdadero valor.

Refiere éste último autor, de la manera siguiente, las modificaciones que se pasan por parte de las anfractuosidades hemisféricas. A medida que las circonvoluciones que ellas separan, dice, se adelgazan i abajan, se hacen más anchas i más profundas, pudiendo quedar reducidas á un simple surco.

Bien que la atrófia sea sobre todo manifiesta en la capa gris superficial alcanza tambien á la sustancia blanca de las circonvoluciones, que se vé reducida á una simple cresta mui delgada.

En los casos de demencia antigua i prolongada la retraccion de la masa nerviosa de los hemisferios, acarrea una dilatacion muchas veces considerable de los ventrículos laterales que se llenan de serosidad.

Las investigaciones de Parchappe fueron más léjos i no sólo indicó las diferencias de volúmen en las diversas formas de psicósis, sinó que concretándose á la demencia estableció por observaciones minuciosas i despues de 327 autópsias, que la atrófia de la sustancia cerebral i más particularmente de las circonvoluciones, es casi constante en la demencia i proporcional al grado en que ésta se encuentre. Indicó á la vez las diferencias de peso entre el encéfalo de los afectados de locura crónica i aquellos que padecen manías agudas.

Así llegó á establecer la relacion de 1363 gramos á 1449 en el hombre, i 1186 gramos á 1295 en la mujer. Esto en cuanto se refiere al peso total del encéfalo, encontrándose las mismas diferencias consecutivas á los atrófias parciales, cuando se trataba del cerebro solamente. Concluyó de aquí, que la lei del decrecimiento gra-

dual del cerebro, en razon de la degradacion, sucesiva de la intelijencia, quedaba puesta así fuera de duda.

Las esperiencias de Bucknill están tambien de acuerdo con la existencia de alteraciones reales por parte del cerebro de los dementes, i por ellas ha llegado su autor á esta conclusion: «En los casos de demencia maniaca i demencia primitiva como de manía crónica, hemos siempre comprobado un cierto grado de atrófia cerebral, i con más frecuencia hemos encontrado que esta atrófia era proporcional al grado de decadencia intelectual i de su duracion.

Ultimamente Marcé, es quien ha enriquecido más la literatura médica de la alienacion, i sus estudios sobre las alteraciones materiales han servido de guia para ulteriores i trascendentales investigaciones.

Veámos lo que dice este autor al ocuparse de la demencia. «Un exámen atento del conjunto de la capa cortical i de las circonvoluciones hecho á simple vista ó con ayuda del microscópio, revela pronto en todos los casos de demencia, todo un órden de lesiones que indicaremos de la manera siguiente:

1° Atrófia de las circonvoluciones.

2° Alteraciones de las células i tubos nerviosos.

3° Alteraciones de los capilares.

En cuanto á la atrófia de las circonvoluciones de que ya nos hemos ocupado, señalando sus caractéres, debemos agregar aún los mencionados por Marcé, como el aspecto rugoso i tinte amarillo ambar de la sustancia cortical, que son siempre indicio de la dejeneracion grasosa de los tubos i células nerviosas.

Los trastornos microscópicos de los elementos nerviosos, son detallados así, por el autor:

«Las células rasgadas sobre sus bordes é irregulares, ofrecen una coloracion amarillo ámbar; sus prolongamientos están rotos i cubiertos de granulaciones grasosas amarillas, que acaban por desaparecer, dejando en su lugar masas ateromatosas. Estas células así enfermas, ya existen en pequeño número, ya al contrario, se encuentran apenas algunas que hayan conservado sus caractéres normales.

«Los tubos nerviosos deformes retraídos, se cubren tambien de granulaciones: más tarde su contenido desaparece i no queda mas que un cilindro de aspecto nudoso, de tinte ámbar, que desaparece á su vez más tarde. La pared interna de los capilares aparece incrustada de granulaciones grasosas que la cubren completamente, acumulándose de manera de formar eminencia en el interior del vaso i aún muchas veces llenando su cavidad.

Haciendo de éstas alteraciones de los vasos la causa principal de los trastornos nerviosos, Marcé agrega: «Los elementos nerviosos no recibiendo una cantidad suficiente de sangre, se atrófian, sufren la dejeneracion grasosa i se vuelven incapaces para funcionar. El debilitamiento de la intelijencia i la motilidad, sigue los progresos de la lesion. Cuando éstos, son mui acentuados se traducen á simple vista, por la atrófia i la coloracion amarilla de las circonvoluciones; mas, cuando son recientes no pueden ser reconocidos sinó con ayuda del microscópio.»

No se limitan ciertamente á ésto las alteraciones anatómicas de la demencia, i apartándonos de la sustancia ner-

viosa propiamente dicha, encontramos aún otras lesiones pertenecientes á las membranas que envuelven i rodean de inmediato la masa encefálica.

De estas la más constante es el espesamiento de las meninges, al cual se añaden en grados variables, opacidades opalinas, causadas por tejido conjuntivo depositado á lo largo de los troncos venosos; una resistencia mayor de las membranas, una infiltracion serosa i algunas veces jelatiniforme de la pia-madre.

Estos caractéres de las meninges son como se vé, casi ó del todo análogos á los que se encuentran en otro órden de padecimientos crónicos del cerebro, como la parálisis jeneral, por ejemplo; pero existe sin embargo entre ésta última i la demencia una distincion característica.

Mientras que en la parálisis jeneral, á más del espesamiento i mayor resistencia de las membranas, á más de las opacidades, infiltraciones, &, aquellas están ligadas de un modo íntimo á la sustancia cerebral misma, en la demencia al contrario, conservan las meninges completa independencia, favorecida en gran parte por la atrófia de los elementos i por la presencia del líquido seroso que llena el vacio determinado entre las membranas i el cerebro.

Se han indicado todavía, aúnque considerándolas como alteraciones secundarias, la falta de espesor de los huesos del cráneo, que puede ser diploica ó ebúrnea; la inyeccion ó el espesamiento de la dura madre, la multiplicidad i el aumento de volúmen de los corpúsculos de Pachioni, la frecuencia de los quistes en los pexos coroides, i el mayor ó menor grado de blandura de la masa encefálica en su conjunto. (Foville.)

Insistimos en la enumeracion de éstas alteraciones, con el determinado propósito de hacer resaltar siempre la importancia de los signos físicos en jeneral, pues de ello resultará más autorizada la de las deformaciones del cráneo en particular.

Reproducimos en seguida algunas formas craneanas de demencia senil i crónica, lamentándonos de que el espacio i sobre todo el tiempo necesario nos falte, para colocar aquí todas las formas que hemos obtenido, pues hallándose en mayor número, se prestarían de consiguiente á cualquier jénero de deduccion.



LAMINA XIII.

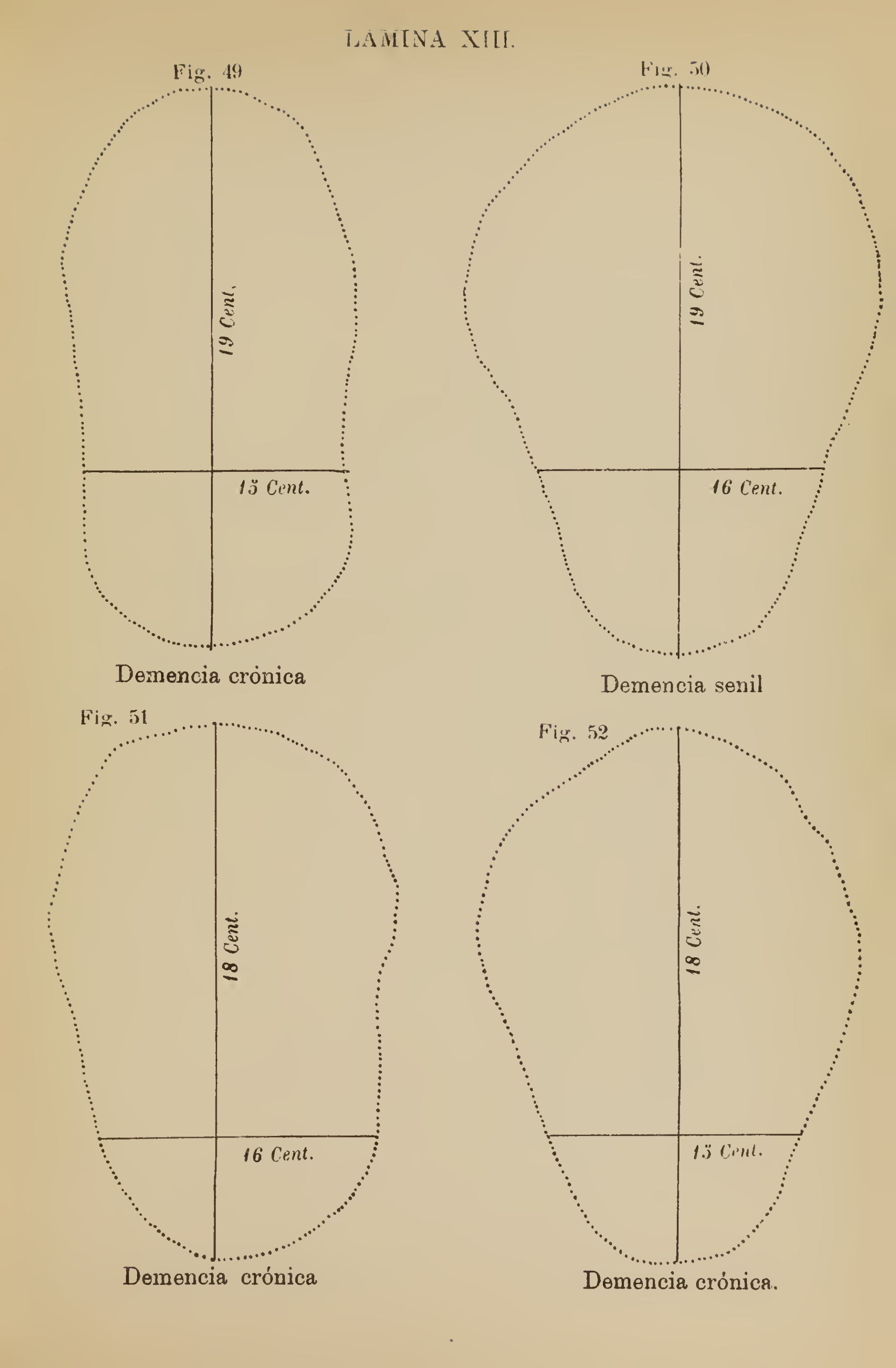


Fig. 49. Demencia crónica

Fig. 50. Demencia senil

Fig. 51. Demencia crónica

Fig. 52. Demencia crónica.



LÁMINA XIV.

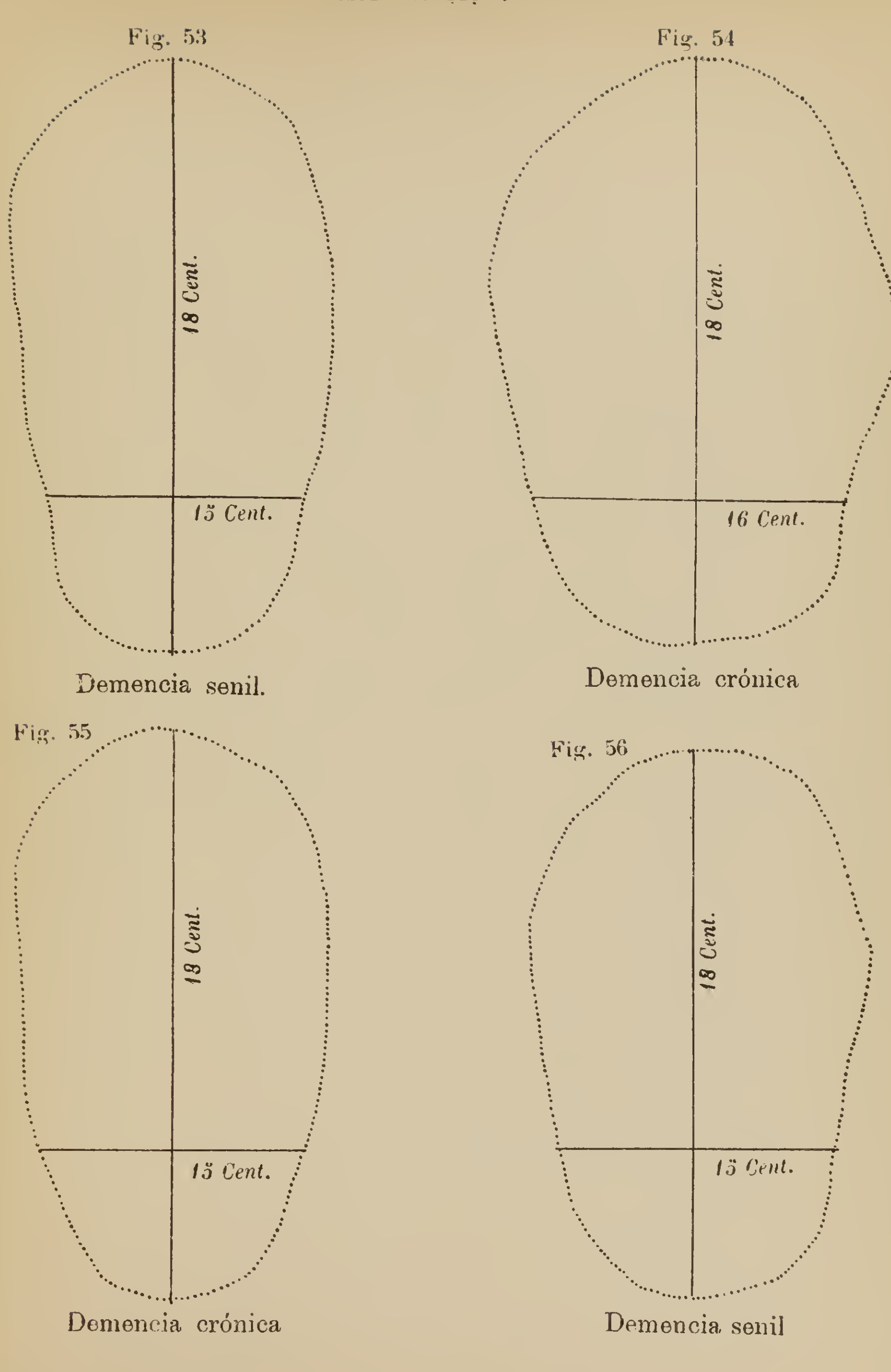


Fig. 53 — Demencia senil.

Fig. 54 — Demencia crónica

Fig. 55 — Demencia crónica

Fig. 56 — Demencia senil



LÁMINA XV.

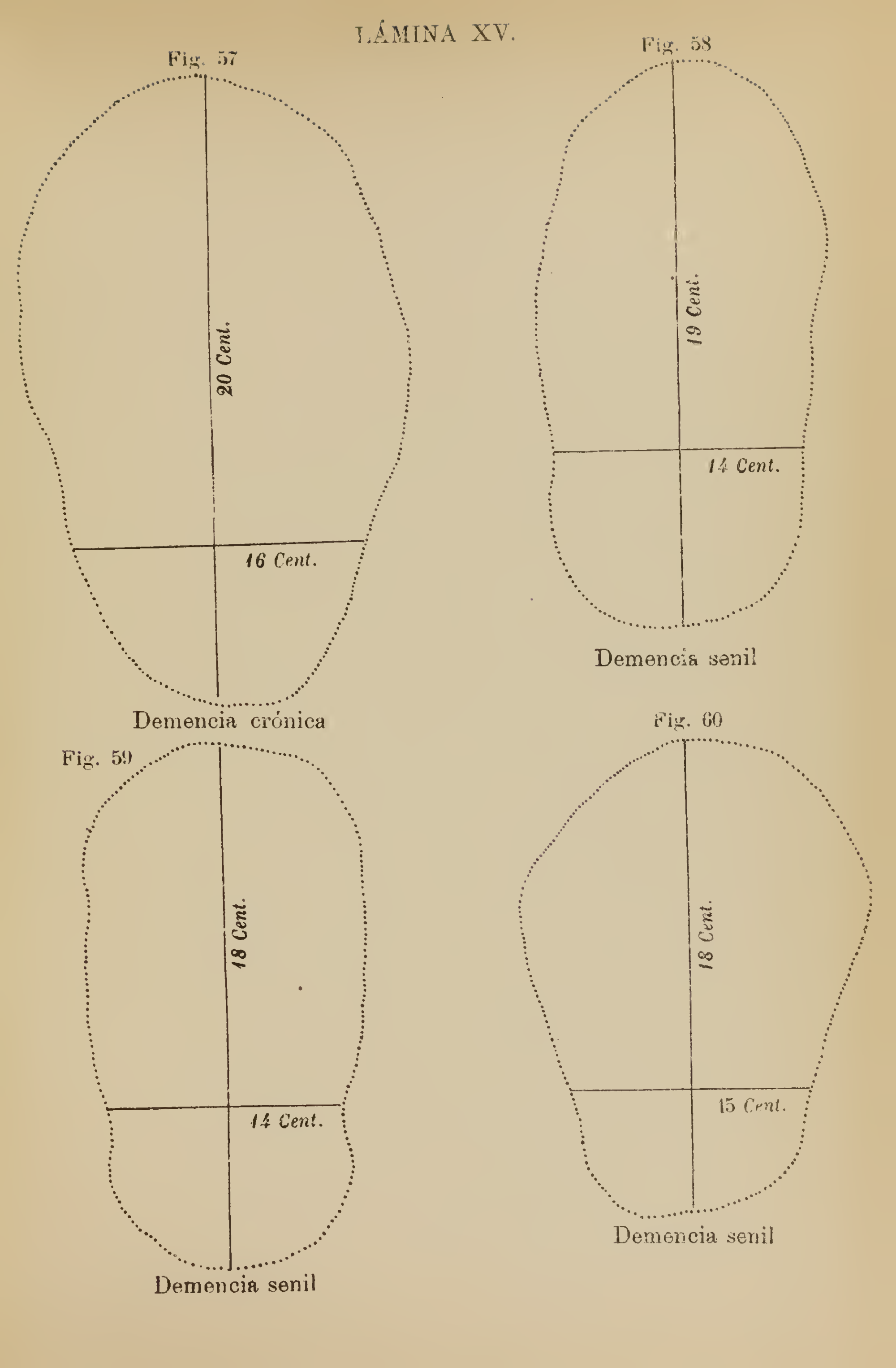


Fig. 57
20 Cent.
16 Cent.
Demencia crónica
Fig. 58
19 Cent.
14 Cent.
Demencia senil
Fig. 59
18 Cent.
14 Cent.
Demencia senil
Fig. 60
18 Cent.
15 Cent.
Demencia senil



LÁMINA XVI.

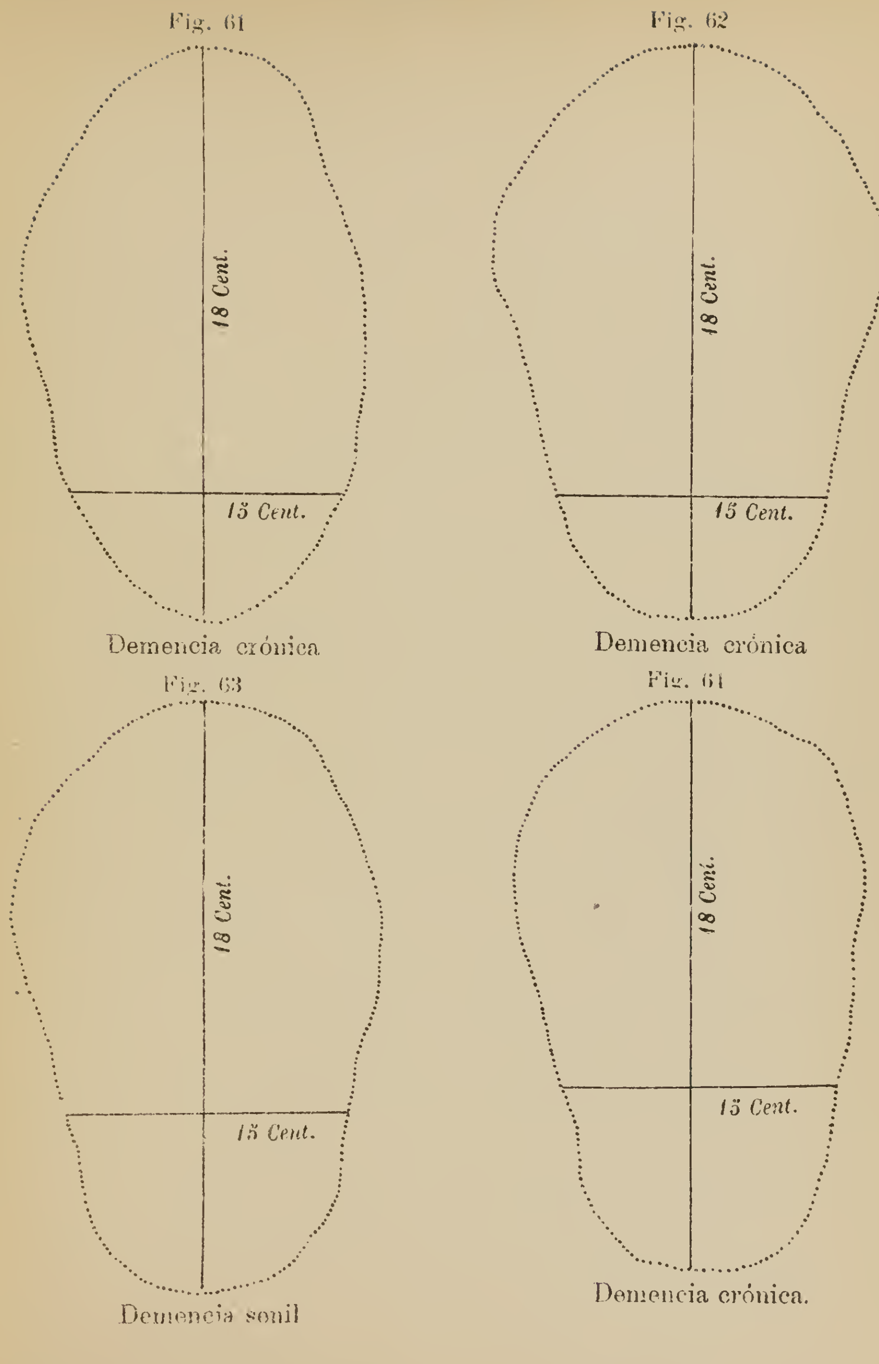


Fig. 61 — Demencia crónica

Fig. 62 — Demencia crónica

Fig. 63 — Demencia senil

Fig. 64 — Demencia crónica.



CAPITULO V.

Parálisis jeneral.

Evidentemente la locura paralítica es, en el estado actual de nuestros conocimientos en psiquiatría, la forma mejor estudiada i más perfectamente conocida, tanto psíquica como físicamente.

Todos sabemos que la parálisis jeneral ha levantado la bandera de las alteraciones anatómicas, para emprender con ella las investigaciones ulteriores en lo que se refiere á las otras formas de psicósis.

En esta enfermedad en que el estado físico está tan profundamente alterado, que los trastornos nerviosos por sí solos casi pueden caracterizarla, era más que lójico suponer á la vez la existencia de trastornos, ó mejor, deformaciones por parte de la caja craneana, que aloja aquellos elementos.

Todos los datos posibles se han tratado de adquirir para el diagnóstico de la parálisis jeneral, i es así que se han estudiado las alteraciones de la motilidad; los tras-

tornos de la sensibilidad en jeneral i de los sentidos en particular, como la vista, el oido, olfato i tacto. Hasta el elemento dolor mismo, ha servido de punto de mira i el estudio de las neurálgias jeneralizadas ha demostrado la existencia de éstas como precursoras de la enfermedad.

El sexo, la edad, las profesiones i las diátesis, han sido interrogadas, buscando siempre el mayor cúmulo de datos que pudieran ilustrar el conocimiento de la afeccion.

Las alteraciones de la masa cerebral que todos conocemos, son en gran parte de órden morfolójico, aparte de las mui variadas que la histología nos muestra. El cerebro de los paralíticos jenerales extraido de su continente ofrece una forma jeneral de las más características. Su circunferencia es irregular i presenta levantamientos diseminados en varios puntos, como si el terreno hubiese sido removido aquí i allá.

Se ha observado tambien una disminucion en el conjunto del peso i volúmen del órgano á pesar de ser como todos sabemos, en el período de completo desarrollo de la vida, en el que se muestra con mayor frecuencia la enfermedad. Esta disminucion de volúmen es más acentuada hácia algunos puntos como la rejion frontal la que se hace en muchos casos notable por su aplastamiento con relacion al conjunto del encéfalo.

Ocupándose de estas diferentes alteraciones macroscópicas de los paralíticos jenerales i tratando de hacer resaltar su valor i persistencia á los fines de un diagnóstico anatómico, Ball cree que un alienista experimentado en pre-

sencia de un cerebro de aquellas personalidades, podría esclamar ó afirmar sin temor de equivocarse, «*hé ahí un cerebro de paralítico.*»

Siguiendo la enumeracion de las lesiones físicas debemos continuar con otras más marcadas i sin entrar aun en el terreno histológico.

Ha llamado mucho la atencion de los observadores el espesamiento de la aracnoides i la pérdida de su trasparencia, convirtiéndose en muchos puntos en una membrana opalescente i opaca, sobre todo al nivel de los lóbulos temporales i del cerebelo i más especialmente aún en la convexidad de los hemisferios i lóbulo frontal.

Se ven serpentear en la superficie de aquella tractus blanquecinos que siguen una línea paralela á los vasos i diseñan el contorno de sus sinuosidades. (1)

Por parte de la pia-madre se observan á la vez trastornos marcados i vemos á esta notablemente espesada é infiltrada de serosidad, presentando islotes vasculares hiperhemiados é inyectados que forman un visible contraste con las partes pálidas de la misma membrana. Bajo el punto de vista topográfico, estas lesiones corresponden á las de la aracnoides. Unas i otras son evidentemente el producto de un mismo trabajo patológico, siendo de notar su persistencia hácia los lóbulos frontales i temporales, quedando casi siempre indemnes los occipitales.

En la sustancia misma del cerebro se notan desde luego manchas opalecentes diseminadas sin órden en la corteza

(1) Parálisis jeneral.—Tésis inaugural del Dr. Nicolás Ramallo 1885.

cerebral i que afectan formas irregulares i de contornos vagos. Estas son visibles al traves de la aracnoides á causa del tinte subido que adquieren algunas veces.

De las alteraciones por parte de las meninges en su relacion con la sustancia cortical del cerebro, se ha hecho todavía un caracter macroscópico de más valor. Cuando se pretende desprender la pia-madre de la superficie cerebral, se la encuentra tan adherida que no es posible hacerlo sin arrancar al mismo tiempo fragmentos de la corteza subyacente, dejando en pos de sí erociones i ulceraciones más ó ménos profundas i de contornos irregulares.

La masa encefálica en su conjunto se halla rodeada de un líquido cetrino, notándose además que las circonvoluciones cerebrales están notablemente atrofiadas, sobre todo en la parte anterior de los lóbulos frontales. El cerebelo sufre á su vez el mismo trabajo dejenerativo que hemos visto se pasa en el cerebro, aúnque en aquel sea siempre en un grado menor.

Ya al ocuparnos de la demencia hicimos notar la analogía de alteraciones necrópticas por parte de las meninges i el cerebro, con las que presenta la parálisis jeneral. Indicamos tambien entónces el carácter más marcado para diferenciarlas; pero sin embargo no creemos inútil insistir aquí en recordar, que apesar de la atrófia del cerebro, de las dejeneraciones vasculares i de los trastornos meníngeos, las membranas se adhieren de una manera íntima á la masa encefálica en la parálisis jeneral, adherencias que no son el resultado de un proceso inflamatorio continuado, pues se las encuentra aún en los primeros períodos de la enfermedad.

Estas analogías se encuentran por lo demás perfectamente de acuerdo con el último término de la paralísis jeneral, la demencia paralítica.

Dejando á un lado las alteraciones físicas por parte de la médula i otros órganos i prescindiendo tambien de los múltiples trastornos estructurales ó histológicos de los centros nerviosos mismos, veamos los que tienen lugar por parte de la caja craneana.

Hemos visto que las cubiertas meníngeas del cerebro son asiento de transformaciones mui marcadas, i tratándose de ellas, la cubierta ó sea á su vez como un tejido vital, debia participar de aquellas alteraciones: i así sucede en verdad. Se ha encontrado en el cráneo de los paralíticos, un espesamiento de los huesos, i una especie de estado conjestivo del díploe que coincide con un estado análogo por parte del cuero cabelludo. Este estado de espesamiento, va acompañado con mucha frecuencia de un cierto grado de reblandecimiento de los huesos.

En otros casos, aunque más raros, se ha observado mas bien un adelgazamiento ó atrófia de las paredes de la bóveda craneana, al que suelen acompañar esóstosis i periostosis de los huesos.

Al lado de todos éstos signos físicos, se hace indispensable averiguar las alteraciones morfológicas que puede sufrir el cráneo. En la parálisis jeneral, más que en ninguna otra forma de psicósis, se hace necesario el mayor número posible de elementos físicos para formular el diagnóstico, pues sabemos que ella puede confundirse, sobre todo al principio en sus manifestaciones psicopáticas,

con gran variedad de formas, como la mania, melancolía, locura circular, delirio ambicioso, demencia senil é hipocondria, alteraciones sifilíticas, &.

Veamos pues qué nos dicen las observaciones recojidas respecto á la forma del cráneo en los paralíticos jenerales.

Desde luego las dimensiones de los diferentes diámetros varian en estremo, i así encontramos desde 18 centímetros hasta 20 i 21 para el antero-posterior, i 14, 15 i 16 para el biparietal.

Más que todo, llama la atencion la irregularidad en la forma del cráneo de los paralíticos-jenerales, irregularidad que como recordaremos se encuentra tambien por parte de la sustancia cerebral misma.

El predominio de los lóbulos frontales i temporales, se nota tambien en la mayoría de los casos, aúnque en los modelos que representamos no sucede así en todos ellos, lo que depende de que hemos tomado al acaso las figuras de nuestra coleccion, para reproducirlas; pero del conjunto de toda ellas, se desprende claro el predominio que enunciamos.

LÁMINA XVII.

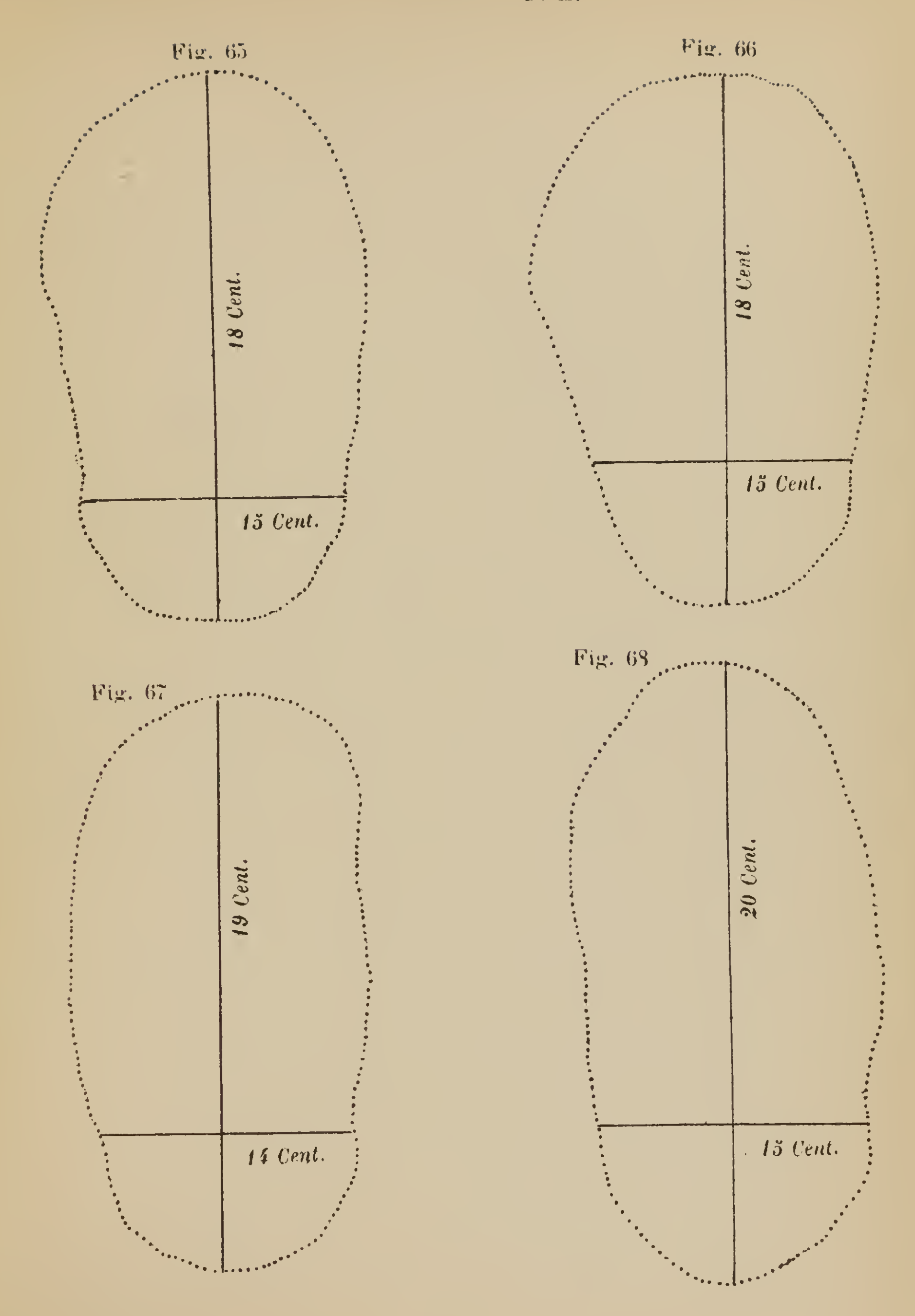

Fig. 65
18 Cent.
15 Cent.
Fig. 66
18 Cent.
15 Cent.
Fig. 67
19 Cent.
14 Cent.
Fig. 68
20 Cent.
15 Cent.



LÁMINA XVIII.

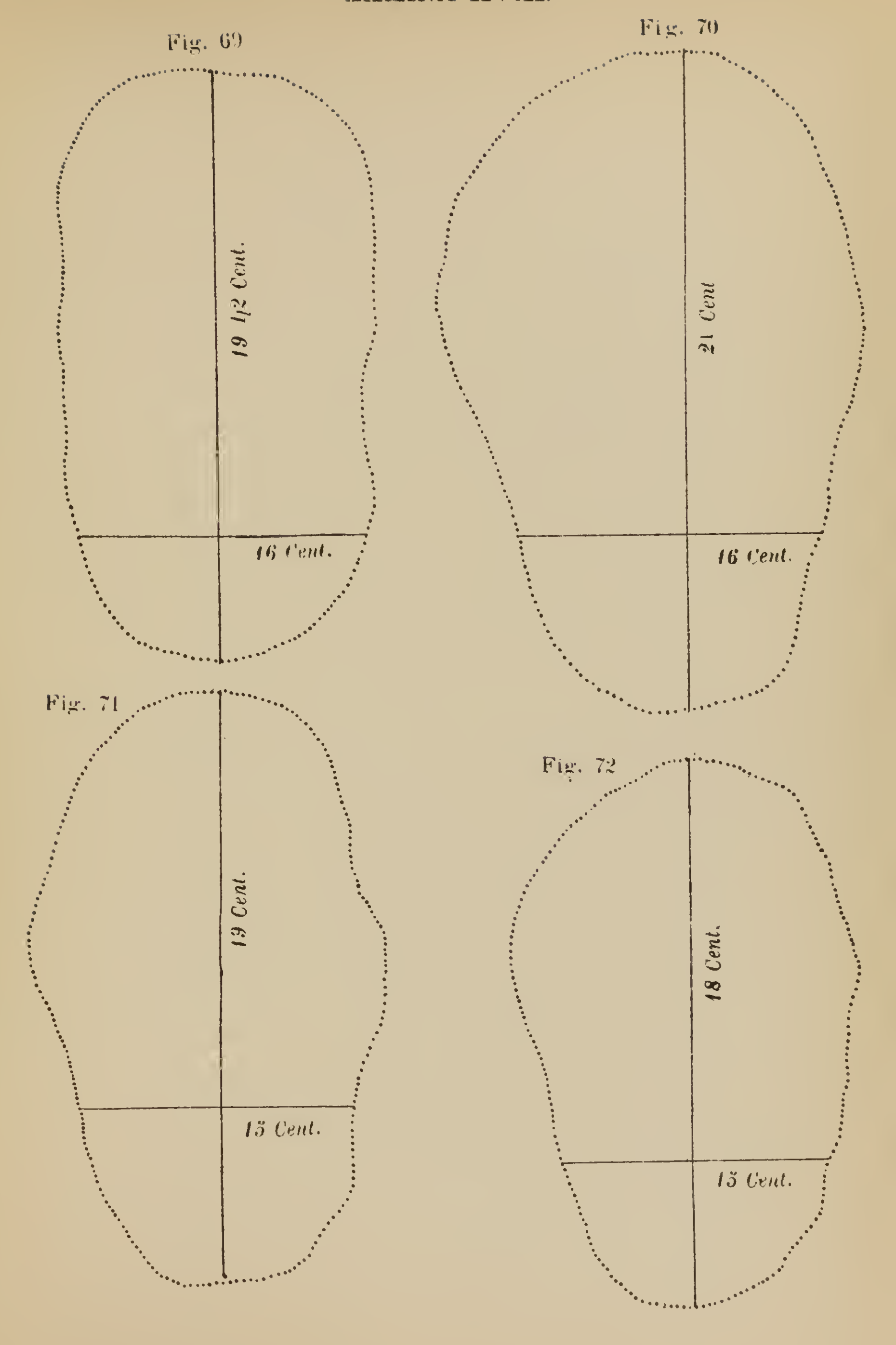




LÁMINA XIX.

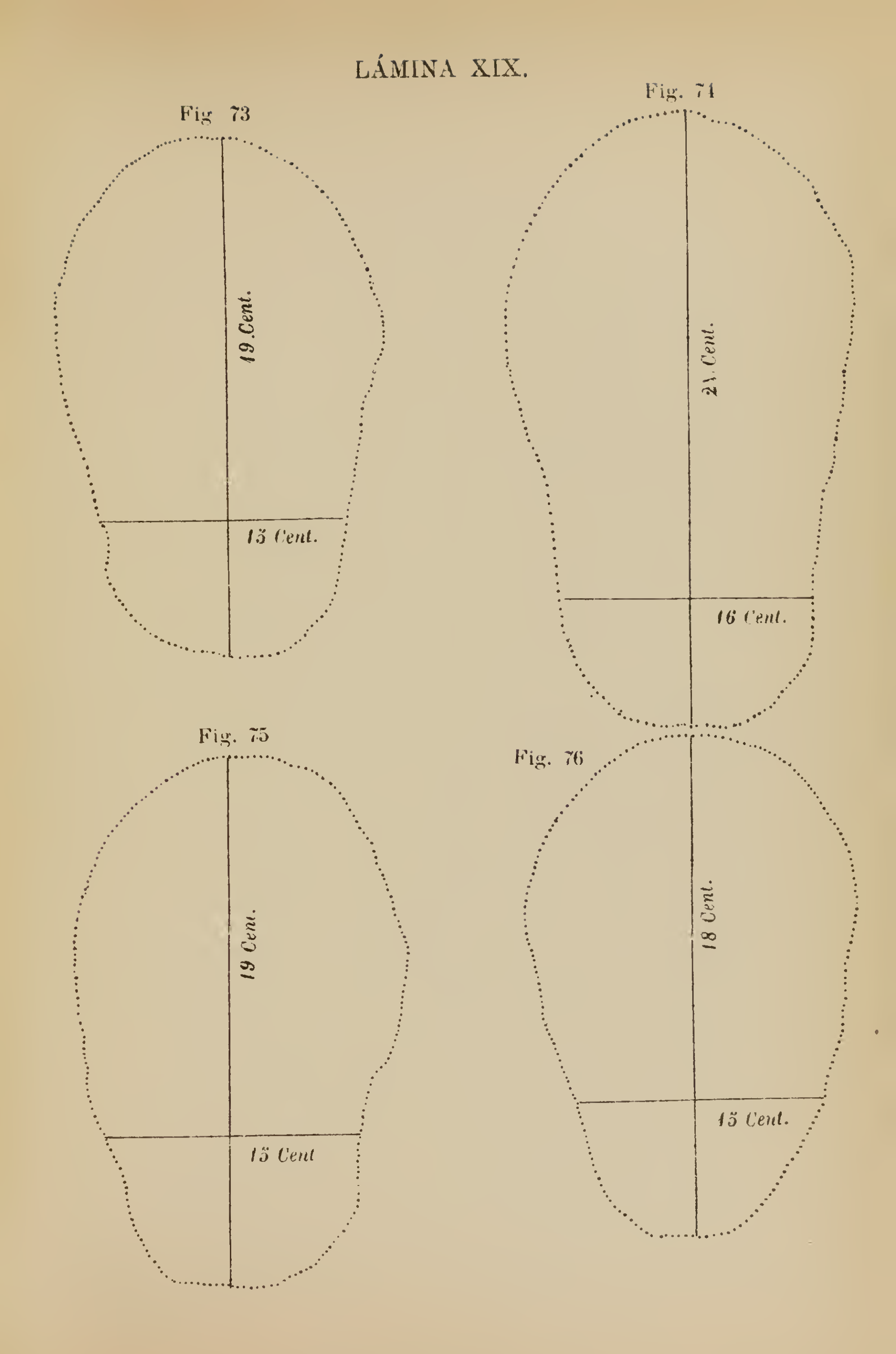
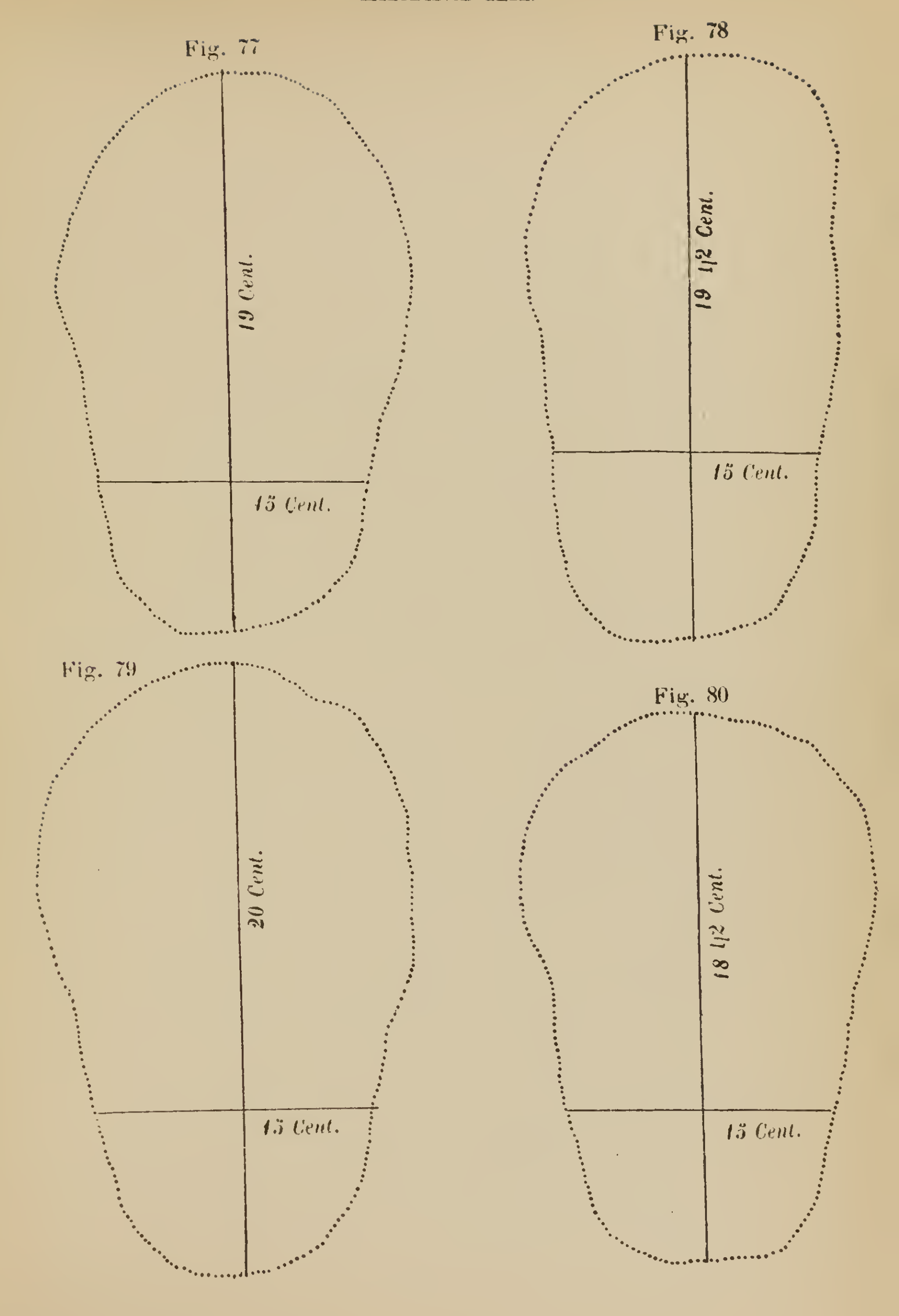


Fig 73
19 Cent.
15 Cent.
Fig. 74
21 Cent.
16 Cent.
Fig. 75
19 Cent.
15 Cent
Fig. 76
18 Cent.
15 Cent.



LÁMINA XX.


Fig. 77
19 Cent.
15 Cent.
Fig. 78
19 1/2 Cent.
15 Cent.
Fig. 79
20 Cent.
15 Cent.
Fig. 80
18 1/2 Cent.
15 Cent.



CAPÍTULO VI

Locura epiléptica

No será para nadie sorprendente que hagamos un capítulo especial de la locura epiléptica, estudiándola en sus manifestaciones i signos físicos más habituales.

Hace poco tiempo aún que hubiérase tomado como absurdo hablar de lesiones materiales en lo que habiamos aprendido á llamar *neurósis* en el alfabeto médico. Pero, hoi felizmente nuestros conocimientos van mas allá i cada dia encontramos nuevos elementos, nuevos hechos, que se encargan de destruir tan pronto como posible aquellos términos vagos sin ninguna significacion i que solo sirven para confundir.

Hoi no nos es posible enmascarar nuestra ignorancia con huecas espresiones i preferimos mil veces confesar que no encontramos éstas ó aquellas alteraciones ántes que afirmar su no existencia.

La epilépsia ha salido ya triunfante de aquella pájina de cosas ignoradas i las alteraciones anatómicas que la caracterizan están en el dominio de todos.

El estudio de ella en un trabajo sobre locura está perfectamente indicado, i hoi no encontramos ningun autor moderno que no se ocupe de ella en sus relaciones con la psicopatia.

Sabemos que puede dar lugar á muchas formas de psicósis, empezando por las alteraciones intelectuales pasageras, hasta acarrear el último grado de la decadencia psíquica, el idiotismo ó la demencia.

Se han observado así, consecutivos á la epilépsia, el delirio agudo, bajo sus diferentes formas, espansivo, depresivo, misto i aún de forma maniaca, como tambien delirios parciales, con predominio de las ideas hipocondriacas ó preocupaciones relijiosas.

En casos mas desgraciados i despues de repetidos ataques de delirio epiléptico, vemos á los enfermos caer gradualmente en un estado sombrío, de ideas poco netas i con pérdida de los sentimientos afectivos, hacerse poco aptos al trabajo, olvidar los amigos i las relaciones de familia, caer en la demencia en una palabra.

Cuando estos hechos tienen lugar en la primera edad de la vida, obligan á los elementos nerviosos á detener la marcha progresiva de su desarrollo i el niño desgraciado que es así presa de ataques epilépticos, se convierte facilmente en un idiota.

Con todo, no debemos suponer que todos los epilépticos se vuelven tarde ó temprano alienados i de ello tenemos la prueba en individuos que han padecido el mal caduco i universalmente conocidos como perfectamente sanos de espíritu algo mas, como de facultades superiores. Petrarca, Newton, Napoleon I, i el mismo Papa

Pio IX que vivió tantos años, pagaban el tributo consiguiente á la naturaleza por la superioridad de sus cerebros, pero no fueron nunca alienados.

Como nuestro propósito no es hacer un estudio clínico de la epilépsia misma, sinó en cuanto se relaciona directamente con las formas de psicósis que puede determinar i con los caracteres anatómicos que la caracterizan, pasaremos pues á ocuparnos en seguida de éstos.

Los trastornos anatómicos se han dividido para su estudio, en primitivos i consecutivos, es decir, en aquellas lesiones que ecsisten casi siempre independientemente de la forma i número de los ataques i aquellas que pueden ser atribuidas á fenómenos determinados por la naturaleza misma de los síntomas.

Apesar de la afirmacion de Frank que admite sin vacilar una epilepsia *sine materia* i que cree, que aún sometiendo al mas riguroso exámen el cadáver de un epiléptico se buscarán en vano lesiones materiales del sistema nervioso; apesar de ello, deciamos, la ecsistencia de aquellos trastornos físicos, no es puesta en duda hoi, por ninguno de los anátomopatologistas de nuestros dias. Mui al contrario, tal vez muchas veces se ha caído en la exajeracion, asignando á la enfermedad que nos ocupa, todas ó el mayor número de lesiones capaces de presentarse en el conjunto del eje cerebro-espinal i sus cubiertas.

Escusamos describir las alteraciones psíquicas de los epilépticos que todos conocemos. El ataque mismo desde sus prodromos mas habituales, empieza por una aberracion intelectual, por el *aura*, que no es otra cosa que una

ilusion sensorial determinada por un fenómeno físico de órden reflejo. Siguen á ésto una série de manifestaciones por parte de otros órganos i acompañados en la mayoría de los casos, por alteraciones en la ideacion. Los trastornos pasajeros en su principio i que pueden radicarse ó no, tratándose de los elementos nerviosos, acaban despues de un cierto tiempo por quedar constituidos, haciendo del epiléptico un alienado de forma particular.

Pertenece á Mashall-Hall el honor de haber sacado á la medicina de la oscuridad en que se encontraba, á propósito de la anatomía patológica de la epilepsia, haciendo la luz i dando á conocer por sus estudios prolijos los caracteres anatómicos de la enfermedad.

El ha demostrado que el sistema nervioso en su conjunto participa de las alteraciones, i ha investigado éstas por consiguiente, en el cerebro, la médula i las cubiertas de ambos. Dijimos ya que se habian dividido en primitivas i consecutivas, i en este órden vamos á pasar una revista, tan lijera como posible, para llegar á nuestro asunto principal.

Desde luego hacemos á un lado la afirmacion de Wenzel, de que las alteraciones constantes de la epilepsia se mostraban por parte del cerebelo. Prescindiremos tambien de las lesiones determinadas por la presencia de elementos estraños en cualquier punto del sistema nervioso, como tumores de naturaleza sifilítica ú otros; esquirlas consecutivas á fracturas de las paredes craneanas i actuando sobre los elementos nerviosos; focos hemorrájicos accidentales i otros hechos de este jénero.

Por parte del cerebro se ha encontrado en los epilép-

ticos, una conjestion mas ó ménos intensa de la sustancia cortical i derrames sanguíneos en las vainas perivasculares.

Se ha atribuido á éstos derrames i alterrociones vasculares la mayor influencia en la produccion de los trastornos nerviosos. Voisin ha descrito primero que nadie las alteraciones que se encuentran en las circonvoluciones cerebrales superiores, anteriores i médias, i que consisten en manchas irregulares de un blanco amarillo que radican principalmente en la mitad inferior de la sustancia gris cortical, ó que ocupan la parte media de las circonvoluciones donde existen las células cerebrales casi esclusivamente.

Esto en cuanto á los caracteres apreciables á simple vista, i además, los suministrados por el exámen microscópico. A éste exámen ha encontrado en la vaina linfática de los vasos, hematosina, cristales de hematina i masas gránulo-grasosas; células nerviosas atacadas de dejeneracion granulosa que han perdido su forma normal i cuyos contornos están mal definidos i cuyos núcleos han casi desaparecido.

La sustancia gris cortical de las circonvoluciones sufre alteraciones caracterizadas por las adherencias de ésta capa á las meninges. Ya hemos encontrado ésta lesion en dos padecimientos distintos, la parálisis jeneral i la demencia, i aquí de nuevo conviene señalar los caractéres para distinguirla.

La distincion puede establecerse á primera vista i desde el momento que se trata de romper aquellas adherencias pues en la epilépsia existe una localizacion parcial de

ellas, miéntras que en la parálisis jeneral, son frecuentemente jeneralizadas.

Otra lesion sobre la cual se ha insistido mucho, consiste en la desigualdad de peso de los dos hemisferios cerebrales. Para Follet, su intensidad i la frecuencia de los ataques epilépticos estaría en razon directa de la diferencia de peso de los hemisferios, i los ataques mismos serian debidos á la ruptura de equilibrio entre la corriente nerviosa. Pero Delasiauve que ha hecho tambien estudios comparativos del peso de los hemisferios, no ha encontrado mas que una sola vez, una diferencia de 80 gramos i en otros casos una diferencia de 15 á 20, solamente.

Por su parte Echeverria afirma que el peso del cerebro presenta siempre un aumento debido segun él á exudaciones cerebrales i á una hiperplásia de la neuróglia. Para Meynert es relativamente ménos pesado en el epiléptico que en el hombre sano.

En fin las observaciones recientes de Bra le han acarreado á las conclusiones siguientes:

1° El peso medio del cerebro en los epilépticos es inferior al medio fisiológico.

2° El del cerebelo es superior al medio fisiológico.

3° Existe una asimetría frecuente entre los lóbulos. La elevacion del peso asienta, ya á la derecha, ya á la izquierda i la igualdad es la escepcion.

4° En ninguna forma de alienacion mental se encuentran diferencias tan constantes i tan marcadas, entre los hemisferios cerebrales, como en la epilépsia. (Axenfeld.)

Se ha señalado tambien otro caracter anatómico que

consiste en la induracion exclarósica i atrófica de uno ó ambos cuernos de Ammon, atribuyendo éste hecho á una hiperplásia conjuntiva.

Desde mucho tiempo atrás se han referido al bulbo las lesiones principales de la epilépsia i aunque nada de cierto i positivo se sabía al respecto, no por eso dejaba de hacerse al nudo vital, centro patojénico de la enfermedad i todos conocemos la célebre comparacion aquella de la botella de Leiden para esplicar la intermitencia de los ataques.

Se encuentran en el bulbo lesiones que aparecen en distintos puntos. La cara anterior del cuarto ventrículo presenta frecuentemente un tinte gris, una apariencia edematosa debida á una capa blanda jelatinosa; otras veces un tinte color tabaco, i de una manera constante, vasos capilares notablemente dilatados, sobre el trayecto de los cuales existen equímosis.

Estas lesiones hiperhémicas engloban con frecuencia totalmente, las raíces de los nervios auditivos i pueden esplicar las alucinaciones que acompañan algunas veces el principio de los ataques de un vértigo, i que, constituyen uno de los síntomas de ciertas locuras epilépticas. (Voisin.)

Estas lesiones no se limitan al territorio bulbar, sinó que estienden sus dominios mas allá. El cerebelo presenta por su parte los trasos de una hiperplasia conjuntiva, que alcanza los pediúnculos cerebrales i las masas de sustancia gris que comunican con ellos.

La médula espinal en conjunto participa tambien de las alteraciones que hemos indicado en la parte superior del eje cerebro-raquídeo.

La sustancia nerviosa se encuentra atacada de la misma dejeneracion hiperplásica, radicando principalmente éstas al nivel de los manojos anteriores que se presentan densos i resistentes.

Las meninjes raquídeas, sobre todo la aracnoides, presentan alteraciones visibles á simple vista i que consisten en manchas blanquecinas é irregulares, de bordes festoneados i angulosos. Estas lesiones son más constantes hácia la parte anterior que la posterior, i segun Voisín parecen estar constituidas por fibras laminosas incrustadas de carbonato de cal.

Después de ésta enumeracion lijera de las alteraciones de los elementos nerviosos, pasemos á ocuparnos de otras que se relacionan directamente con nuestro propósito.

A principios de este siglo Dumas habia hecho notar que la cara de los epilépticos era ménos desarrollada que en el estado normal. Lunier estudiando mas tarde la conformacion del cráneo, habia encontrado en los unos una depresion del frontal, en otros un aplastamiento de la fontanela anterior i en otros aún una falta de asimetria resultante de la proeminencia de uno de los parietales ó de las dos mitades del frontal.

Ultimamente Laségue ha insistido sobre la asimetría fronto-facial que sería el resultado de un vicio de consolidacion de las suturas de la base del cráneo. Esta consolidacion, se efectúa ordinariamente, durante muchos años, de los diez á los diez i ocho, i se puede decir que el momento de su terminacion marca lo mas frecuentemente, el nacimiento del mal.

Esta asimetría epileptógena se manifiesta por una eminencia más ó ménos notable de una de las mitades del frontal, más marcada en jeneral á la derecha; ésta eminencia globulosa ocupa lo mas ordinariamente la rejion supra-orbitaria i algunas veces mas atrás, al nivel de la sutura con el parietal correspondiente. (Axenfeld.)

De éste modo Laségue ha constituido una forma particular de epilépsia, caracterizada por la uniformidad de sus síntomas i sobre la cual ha llamado mucho la atencion del mundo médico aleman.

Al hacer la descripcion de ella dice su autor: La eminencia predominante se constata á la vez por la vista i por el tacto; por el tacto, aplicando simultáneamente las dos manos sobre la frente del enfermo i ejerciendo una palpacion repetida i atenta; por la vista, haciendo invertir la cabeza hácia atrás, de manera que la parte média del frontal se diseñe como línea de horizonte. Si la deformacion se limita allí, debe tenérsela por dudosa. Es menester que se estienda tambien al sistema óseo de la cara i que se manifieste por desviaciones ciertas. Se constata al exámen ya una asimetría de las órbitas, ya de uno de los huesos malares, que forma una eminencia evidente, miéntras que el hueso conjénere sufre una depresion. La inspeccion de la bóveda palatina subministra un complemento indispensable de deformacion. La cresta que separa la línea media es más ó ménos oblícua i los dos lados de la bóveda del paladar, no afectan la misma cur badura.... Esta asimetría casi siempre manifiesta aún á primera vista, exije sin embargo algunas veces una investigacion metódica, para poder distinguir los dos tipos que

parecen desprenderse de ella: ó la cara ha recibido un movimiento de rotacion inverso al frontal, ó él es llevado en la misma direccion. En el primer caso, la eminencia frontal derecha corresponde á una eminencia malar izquierda; en el otro, las eminencias se diseñan del mismo modo, siendo la primera forma la mas comun. (Laségue.)

Ahora bien: despues de todos los caractéres por parte de la bóveda ósea i conjunto de la cabeza, Laségue concluye de sus observaciones en millares de enfermos, que serán ecepcionales para él, los casos que no presenten éstas deformaciones.

La uniformidad de los síntomas própios á los ataques mismos, se acentúa en cuanto á la forma de la alteracion psíquica de éstos individuos.

Nuestras observaciones están por demás de acuerdo, en cuanto á la edad de la vida favorable á la evolucion de aquellos fenómenos, pués en casi la totalidad de los casos que hemos tenido ocasion de ver, los atacados no pasan de veinte á veinte i dos años, encontrándose entre ellos muchos menores de quince.

Por otra parte, recordemos lo que hemos mencionado anteriormente i las conclusiones de Bra que hemos anotado respecto á la desigualdad de peso i de volúmen entre ambos hemisférios cerebrales de los epilépticos. Es pues racional suponer que ésta asimetría no se limite únicamente al contenido de la caja craneana, sinó, que esté tambien en relacion con el continente.

Como se trata de un hecho de evolucion lenta en que los elemectos anatómicos deben seguir su desarrollo ar-

mónico, no es nada difícil admitir, que la imperfeccion de los unos pueda acarrear consecutivamente i á la par, trastornos del mismo órden en los otros.

Por nuestra parte i fundados en las observaciones recojidas i formas craneanas que hemos obtenido i que mostraremos en seguida, creemos que la locura epiléptica tiene signos evidentes que permiten, sinó caracterizarla bajo el punto de vista anatómico puramente, por lo ménos, para ponernos sobre la vía de su reconocimiento, auxiliándonos de los antecedentes hereditarios de importancia tan capital en estos casos.

Acompañamos aquí diez i seis modelos de cabezas de epilépticos afectados de diferentes formas de psicósis, i haremos notar de antemano que en todos ellos la asimetría jeneral del cráneo es mui marcada i mas aún la desigualdad de la línea que representa la frente del individuo.

En cuanto á los diámetros ántero-posterior i bi-temporal, varían mucho en sus dimenciones en los diferentes casos, como se desprende de las figuras.



LÁMNA XXI.

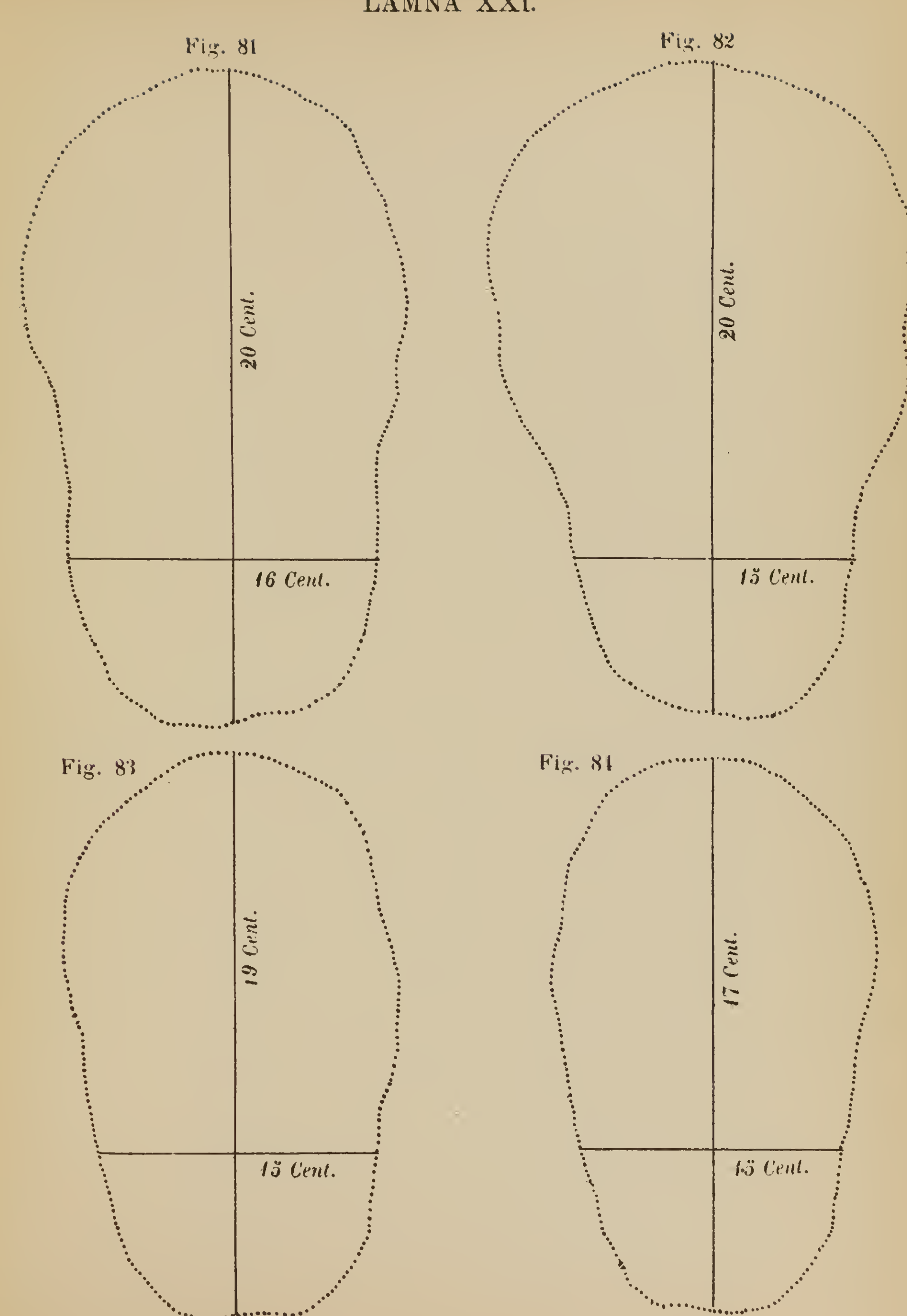

Fig. 81
20 Cent.
16 Cent.
Fig. 82
20 Cent.
15 Cent.
Fig. 83
19 Cent.
15 Cent.
Fig. 84
17 Cent.
15 Cent.



LÁMINA XXII.

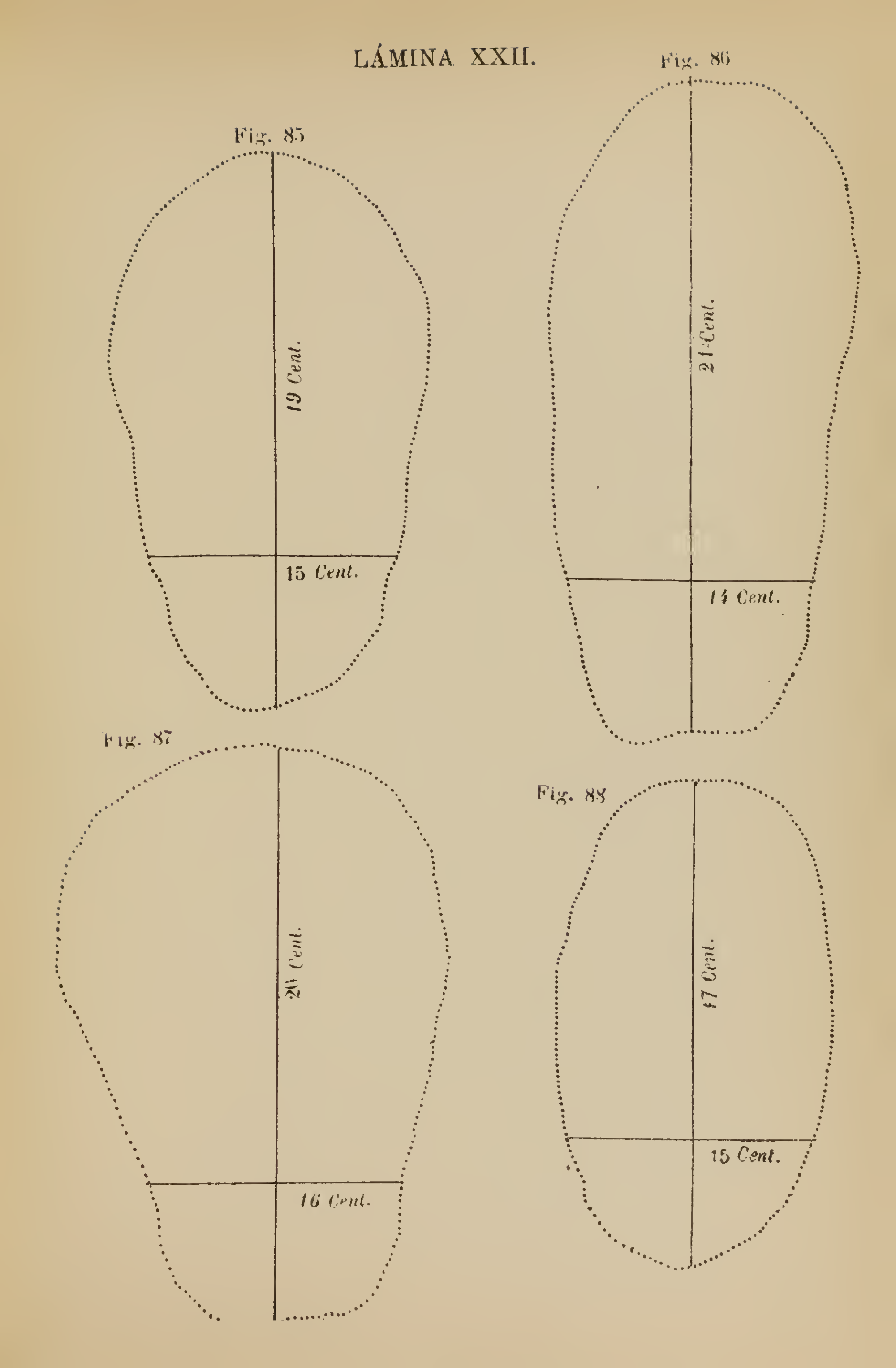


Fig. 85
19 Cent.
15 Cent.
Fig. 86
21 Cent.
14 Cent.
Fig. 87
20 Cent.
16 Cent.
Fig. 88
17 Cent.
15 Cent.



LÁMINA XXIII.

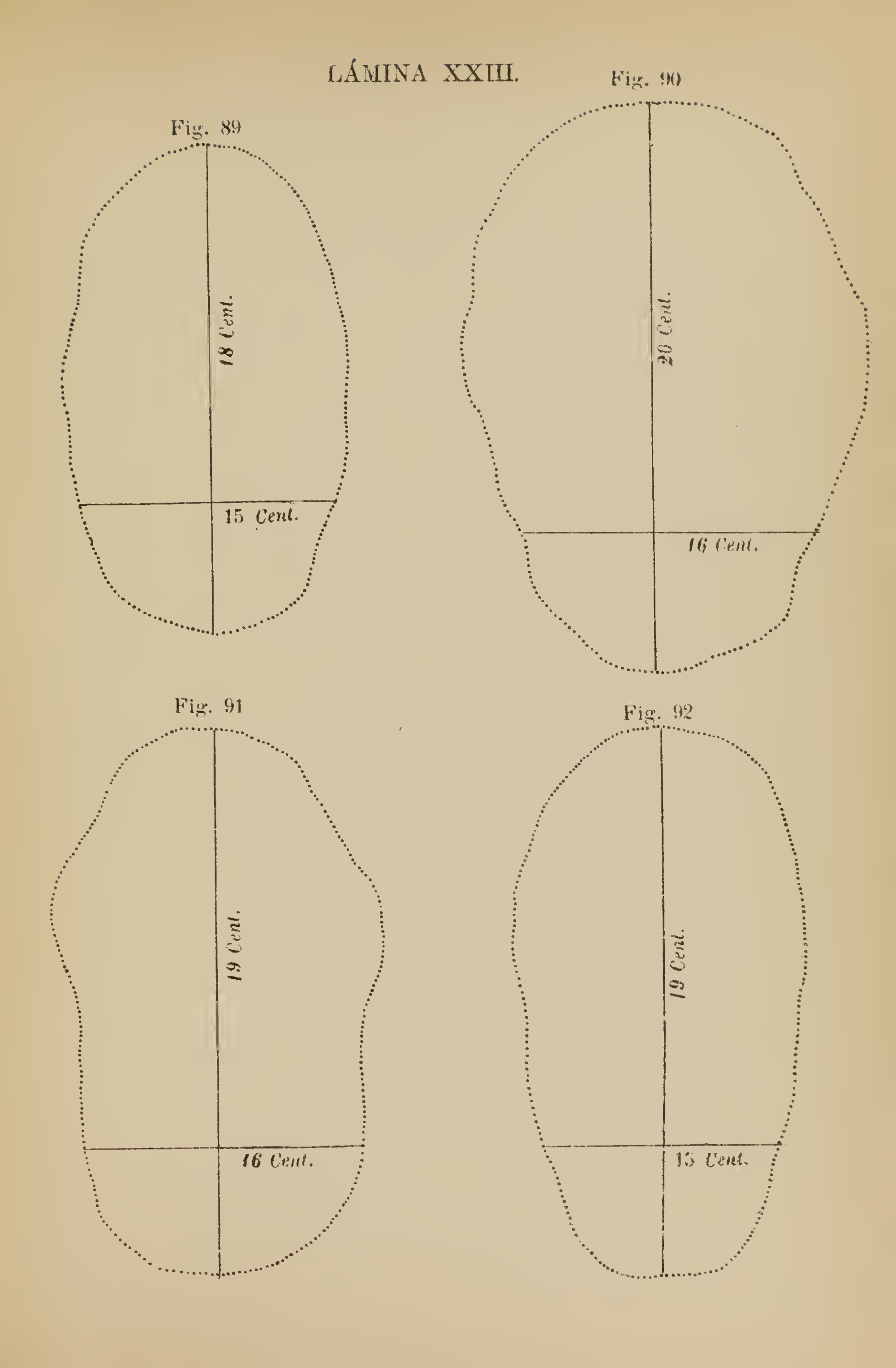




LÁMINA XXIV.

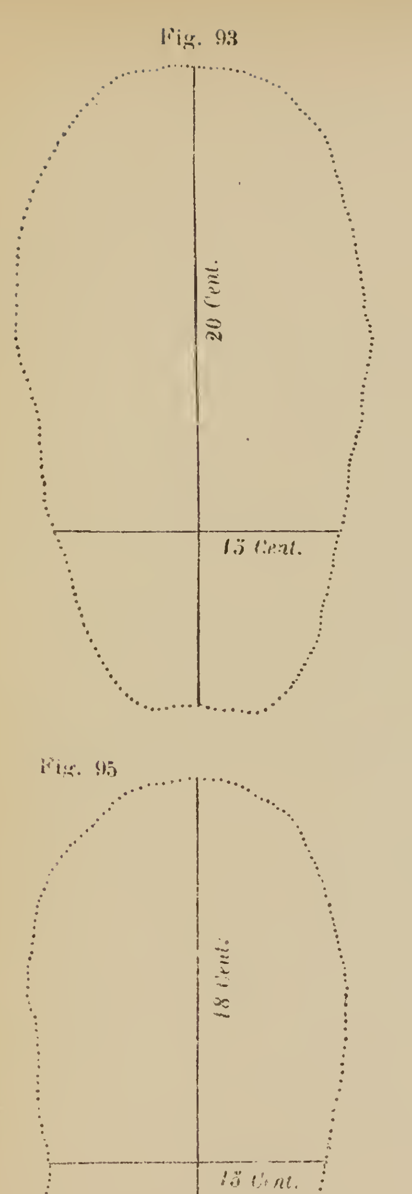


Fig. 93
20 Cent.
15 Cent.
Fig. 95
18 Cent.
15 Cent.

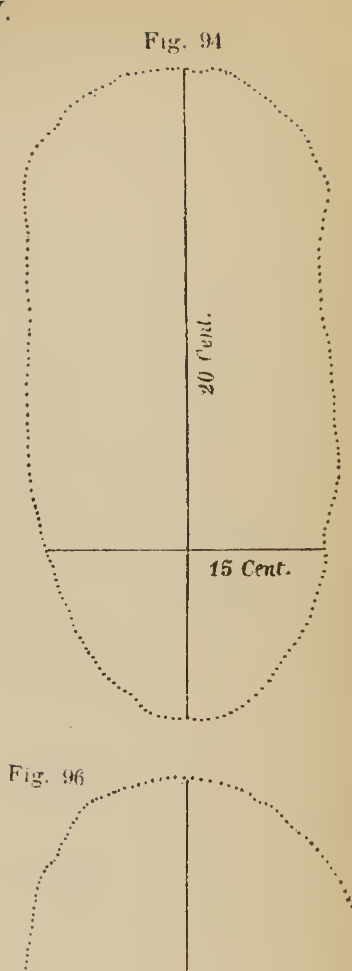


Fig. 94
20 Cent.
15 Cent.

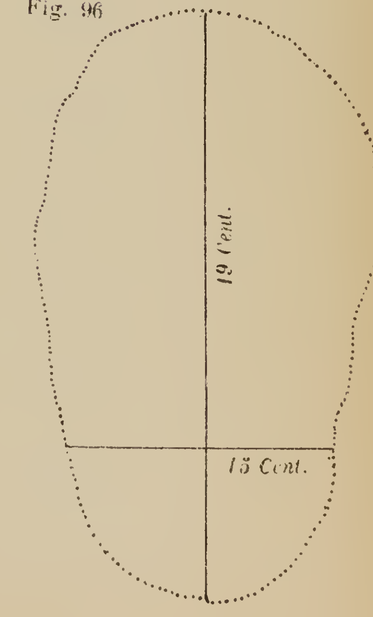


Fig. 96
19 Cent.
15 Cent.



CAPITULO VII

Locura histérica

Difícil tarea nos imponemos al tratar de ésta forma de locura, cuya multiplicidad en sus síntomas, cuya variedad en sus formas, i más que todo el poco conocimiento anatomo-patológico de la enfermedad, hacen de ella el estado neuropático á que pudiera aun caber el nombre de *neurosis*.

No debemos retroceder sin embargo, ante las dificultades de su estudio, i aúnque considerándola bajo su faz anatómica, poco podemos adelantar, por que para ello serían indispensables elementos de investigacion que no están á nuestro alcance, aún apesar de todo, el hecho de poseer entre nuestros modelos, varios que pertenecen á ésta psicopatía i que pueden servir para ulteriores indagaciones, nos obliga á hacer cuanto esté de nuestra parte para señalar las alteraciones físicas que pueden encontrarse.

Se comprende fácilmente que no vamos á describir las formas del delirio de las histéricas, i que ni vamos á

ocuparnos tampoco de los variadísimos trastornos por parte de la sensibilidad jeneral, de la motilidad i de los sentidos en particular.

Demasiado conocidos estos hechos por todos los que se hayan detenido un poco en el estudio de las neuropatías, no se hace necesario insistir sobre ellos; i luego que no nos reportaría nada útil á nuestro propósito, en hacer aquí repeticiones tan largas, de fenómenos tan familiares.

Contentémosnos con tenerlas bien presentes, por que nos servirán de guia en gran número de casos, para ir á buscar en los elementos que las orijinan, las alteraciones que pueden enjendrarlas ó á que ellas pueden dar marjen.

Hace mui pocos años que la anatomia patológica de la histéria ha dejado de ser una pájina en blanco del gran libro de la medicina; i hace ménos tiempo aún á que se buscan las lesiones materiales hácia los puntos más naturalmente capaces de contenerlas.

Se han hecho á un lado felizmente las creencias tan arraigadas de los antiguos autores, de que la lesion esencial de la enfermedad debia encontrarse por parte de los órganos jenitales, el estómago, los intestinos, el bazo, etc., etc. Hoi la naturaleza de los síntomas, que de una manera tan manifiesta demuestra la participacion directa de los centros nerviosos, en la produccion de los fenómenos, han hecho encaminar las investigaciones con rumbos más fijos i horizontes más ámplios, hácia el cerebro, la médula i sus dependencias.

Se ha clasificado pues á la histéria, entre los padeci-

mientos del eje cerebro-espinal i se ha concentrado toda la atencion hácia él, que tarde ó temprano habia de mostrarnos lo que nuestros antepasados no pudieron encontrar.

Que muchas manifestaciones histéricas son de oríjen cerebral, nos lo demuestran claramente los principales fenómenos, como el estado sincopal que acompaña frecuentemente los ataques, las modificaciones de carácter i de las facultades afectivas, las alucinaciones i las alteraciones psíquicas en jeneral.

Mas aún, las manifestaciones dolorosas no pueden tener otro oríjen que la exitabilidad exajerada de los centros de la percepcion. Esta exitabilidad mórbida, daría cuenta igualmente segun Huguenin, de la jeneralidad de los fenómenos convulsivos que se ven sobrevenir en las histéricas. Sin embargo, sería mas lójico suponer que la hiperestesía i los accidentes convulsivos, fueran debidos á una irritabilidad exesiva de los centros espinales. (Hammond.)

Las paraplejías, los espasmos, las contracturas, las convulsiones diversas i todo el órden de fenómenos que se refieren á la sensibilidad i motilidad, deben atribuirse evidentemente á un estado anormal de la médula. I en efecto la sustancia gris, la sustancia blanca, los cordones, posteriores i ántero-laterales, se encuentran afectados alternativamente, determinando esa variedad inmensa de manifestaciones histéricas.

Hasta aquí no abarcamos más terreno que el de las suposiciones ó conjeturas más ó ménos racionales.

La dificultad de practicar el exámen anatómico *pos*

mortem en las histéricas, pues sabemos que las enfermas raras veces sucumben á consecuencia de ella, ha sido siempre un inconveniente para las investigaciones en el asunto que nos ocupa. Asi pues, el conocimiento adquirido sobre ciertos hechos, ha sido tomado de la analogía de manifestaciones de la histeria, con otros padecimientos cerebro espinales mejor estudiados.

Asi por ejemplo, ciertas lesiones cerebrales en foco, reproducen la hemianestesia de las histéricas con todos sus caractéres. Las investigaciones de Charcot referentes á las paraplejias i hemianestesias consecutivas á focos hemorrájicos del cuerpo estriado ú otras lesiones semejantes, le han llevado á ésta conclusion : que en los hemisferios cerebrales, existe una rejion complexa cuya lesion determina la hemianestesia; se conocen aproximativamente los límites de esta rejion, pero actualmente la localizacion no podría llevarse más léjos, ni asegurar por consiguiente que sea la capa óptica, el centro oval ó el tercer núcleo del cuerpo estriado.

Parece pues indudable que la hemianestesia jeneral sea debida á una alteracion de los hemisferios cerebrales. Pero, en cuanto á los mismos trastornos por partes de los sentidos especiales ¿puede asegurarse otro tanto?

Interroguemos á este propósito la autoridad incontestable de Charcot.

Estoi dispuesto á creer, dice este autor, que la participacion de los sentidos especiales, será reconocida algun dia cuando se haya puesto cuidado en buscarla. Hé aquí en que me fundo.

« Existe en la clínica de enfermedades orgánicas de los

centros nerviosos, un aparato sintomático poco conocido, poco notado aún. Se trata de una especie de convulsion rítmica que ocupa todo un lado del cuerpo, comprendiendo tambien la cara, á lo ménos frecuentemente, i que reviste, ya apariencias de una sacudida clónica del córea, ya la del temblor de la parálisis ajitante.

« Este temblor hemilateral, se muestra algunas veces primitivamente; otras veces sucede á una hemiplejía cuyo principio ha sido súbito, i empieza á aparecer en este último caso en la época en que la parálisis motríz comienza á disiparse. La lesion consiste en la presencia, sea de un foco de hemorrájia ó de reblandecimiento, sea en un tumor; en todos los casos observados esta lesion ocupa la rejion posterior de la copa óptica i de las partes adyacentes del hemisferio cerebral, situados fuera de éste.

« En hechos análogos, observados por otros autores, se ha reconocido de la manera más neta, que la sensibilidad tactil, no era solo la afectada; los sentidos especiales le eran á su vez como lo son en la hemanestesia histérica. Del lado atacado de himianestesia el ojo estaba afectado de ambliopia, el olfato perdido i el gusto completamente abolido.

« Se hace mui probable pues, que la hemianestesia completa con alteraciones de los sentidos especiales, i tal por consecuencia, como se presenta en las histéricas, puede ser producida en ciertos casos, por una lesion en el foco de los hemisferios cerebrales. »

Que las alteraciones cerebrales son jeneralizadas i que afectan los diferentes centros censoriales encarga-

dos de la percepcion de las impresiones trasmitidas por los sentidos nos lo prueban claramente los trastornos alucinatorios de que las histéricas son víctimas.

Charcot continuando sus investigaciones, ha fijado una lei, en la que insiste mucho, por la cual establece una relacion constante entre los sentidos afectados de alucinacion i el sitio de las hemianestesias.

Los objetos o motivos de las alucinaciones de la vista, jeneralmente gatos, perros, ratas ú otros animales, corren i pasan delante de la enferma de izquierda á derecha ó de derecha á izquierda segun que la hemianestesia asiente á uno ú otro lado. Pero lo más frecuentemente la fantasma pasa á los lados de la enferma ; viene de atrás para pasar por delante de ella i ésto siempre del lado insensible. (Richer.)

Con las alucinaciones por parte del sentido del oído sucede otro tanto; afectan jeneralmente el oído del lado anestesiado.

Richer refiere á este propósito varias observaciones, estando completamente de acuerdo éstas con las ideas de Charcot.

Notemos por otra parte que casi todas las histéricas se quejan de cefalalgia constante siendo este un síntoma que no desaparece aún en aquellas que han caído en el estado de alienacion. Luego, esta cefalalgia no puede responder sinó á trastornos por parte del cerebro ó sus cubiertas, trastornos que, á medida que van acentuándose, acaban por determinar todo el cortejo sintomático que conocemos.

Las esperiencias de Brown-Séquard, sobre la epilépsia

provocada en los animales, han encontrado tambien su aplicacion en la histéria, i así como en aquella se han determinado *zonas epileptógenas*, así tambien para ésta se han encontrado en la médula i otros puntos *zonas histerógenas.*

Estas zonas pueden radicar á diferentes alturas de la médula, i en un caso citado por Richer, se las encontraba, una al nivel de las primeras vértebras dorsales, otra en la parte inferior de la misma rejion, í por fin una tercera, situada fuera de la línea media i hácia la misma altura que la segunda.

Fuera de la columna dorsal, pueden encontrarse aun en puntos distantes de ella, pero siempre sobre el trayecto de los nérvios que emerjen de rejiones medulares correspondientes á zonas determinadas. Es así que Gaube en un trabajo reciente, (1882) refiere haber tenido ocasion de observar zonas histerógenas en los miembros, que radicaban casi siempre en el punto de reunion de los diferentes segmentos; el pliegue del codo para el miembro superior, i el hueco poplíteo para el inferior.

En todos estos casos no nos es posible desconocer el elemento reflejo como factor determinante en la produccion de los fenómenos. No es posible negar que si la existencia de las llamadas zonas histerógenas determina los ataques de histéria más ó menos completos, es por la repercucion de aquellas impresiones sobre los centros nerviosos, cerebro ó médula espinal.

Tratándose del estado de alienacion en que prescindimos de los ataques mismos, no encontramos dificultad en aceptar, que el eretismo mórbido de aquellos centros pue-

da entrar en actividad, bajo la influencia de causas apreciables ó nó, que determinan cuando se trata del cerebro, esas alteraciones psicopáticas tan variadas que observamos en las histéricas.

Por otra parte resulta de todas las estadísticas levantadas para averiguar el término más frecuente de aparicion de la enfermedad, que ésta se manifiesta más comunmente de los quince á los veinte años. Desvirtúanse así las ideas preconcevidas sobre la influencia de la menospansia, decadencia del sentido jenético,etc., i confírmase por demás nuestra apreciacion de que, és en la época en que el elemento psíquico entra en plena manifestacion de sus facultades, i que debe encontrarse por consiguiente con elementos nerviosos, sanos i bien constituidos, que se presenta la enfermedad.

Posteriormente á las investigaciones de Charcot, nuevos hechos han venido en confirmacion de sus apreciaciones i se puede consultar con fruto á este respecto, los trabajos de Veysseire, cuyas conclusiones no mencionamos por su estencion.

Voisin refiere haber observado un cerebro de una alienada histérica, del cual Coyne preparó una circonvolucion parietal, la que encerraba en su porcion cortical gran número de exudados hemáticos en la sustancia nerviosa i en las vainas vasculares, así como un estado gránulo-grasoso de muchas de éstas vainas: los tubos nerviosos se encontraban sanos. La médula i las raíces posteriores no fueron examinadas con la prolijidad requerida para la investigacion de lesiones tan poco manifiestas.

Todos éstos hechos cuyo valor, puede ser tan positivo

como se quiera, no llenan sin embargo, las necesidades de la práctica á los fines del reconocimiento de una psicósis por medios físicos apreciables i tangibles.

La existencia de estas lesiones dudosas para unos, reales i positivas para otros, no acarrea como se comprende grandes elementos al diagnóstico. Pero, no debemos á pesar de todo concluir de aquí, que los caractéres esteriores no hayan de revelarnos alguna vez por sí solos el padecimiento en cuestion. (1)

(1) Creemos muy oportuno mencionar aquí una descripcion completa de un cerebro de una histérica que hace Luys en el primer número de l'encéphale, del corriente año. Prescindamos de los detalles de la enferma i vengamos á las particularidades de la estructura señaladas por el autor.

Dice así: 1° La irregularidad morfolojica llevada sobre todo el lóbulo izquierdo. Allí se encuentra al nivel de la parte superior del surco de Rolando, una disposición insólita que no habia encontrado aún.

Es la existencia de un pliegue suplementario que viene del lóbulo oval i se interpone como una cuña entre la extremidad de la parietal ascendente que proyecta hacia atrás, i la de la frontal ascendente que proyecta hacia adelante.

Sobre este mismo lóbulo se constata aún un fuerte espesamiento, sobre todo en la base de la parietal ascendente, como en las flacuosidades múltiples que ella describe.

El lóbulo derecho no está interesado en la misma rejion i se vé mui facilmente que la circonvolucion frontal ascendente está netamente interrumpida en su continuidad, i ofrece por consecuencia una disposicion insólita que he encontrado principalmente hasta aquí en los cerebros de alienados crónicos, antiguos alucinados.

Fuera de otras disposiciones de ménos importancia, señalaré aún el desarrollo de los lóbulos cuadrados, á derecha é izquierda, hecho importante de notar, para los autores que han considerado estas rejiones como los territorios propios de la sensibilidad i de la emotividad psíquica i la eminencia no menos significativa de las rejiones de la paracentra, hecho que coincide aún con ciertas formas de exaltacion cerebral de que he tenido ocasion de encontrar algunos ejemplares interesantes.

El exámen superficial del cerebro de esta histérica me parece destinado á tener cierta importancia bajo el punto de vista de la clasificacion de los síntomas de la histeria en los cuadros nosológicos.

Se ve pues por este simple hecho que si la histeria es considerada

La histéria, abstraccion hecha de sus trastornos psíquicos, es indudablemente una enfermedad que empieza preparando su terreno desde una edad poco avanzada de la vida, i en la que los órganos se prestan por consiguiente, á ser más ó ménos modificados en determinados sentidos.

Las condiciones que la engendran, si bien se han querido atribuir especialmente á cualidades particulares del sistema nervioso en la mujer, no dejan por eso de encontrarse tambien en el hombre, demostrando así que realizadas las circunstancias necesarias, la morbidez indispensable para que el equilibrio físico-intelectual se altere, la enfermedad puede constituirse en cualquiera de los sexos.

La correlacion de funciones, la armonía *sine qua non*, de los tres grandes aparatos del sistema nervioso, el encéfalo, el eje cerebro-espinal i el gran simpático, no se rompe espontáneamente sin que trastornos mas ó ménos positivos, originen aquel desequilibrio.

Nada importa la variabilidad de manifestaciones histéricas, que hizo decir á Sydenham que ésta era un Proteo que podia presentarse bajo tantos colores como un camaleon; nada importa decíamos para suponer que todas ellas

como un conjunto proteiforme de alteraciones dinámicas orijinales, éstas alteraciones dinámicas no constituyen por sí solas la enfermedad.

Ellas espresan su desórden orgánico subyacente, un estado cerebral frecuentemente hereditario fatalmente inherente al sujeto i que es la característica verdadera del estado de su espíritu, i de las manifestaciones neuropáticas tan variadas que presenta en su evolucion i á los cuales no puede sustraerse. Se nace histérica, se vive histérica i se muere histérica. Las necropsias especiales que he tenido ocasion de hacer no me dejan ninguna duda al respecto.

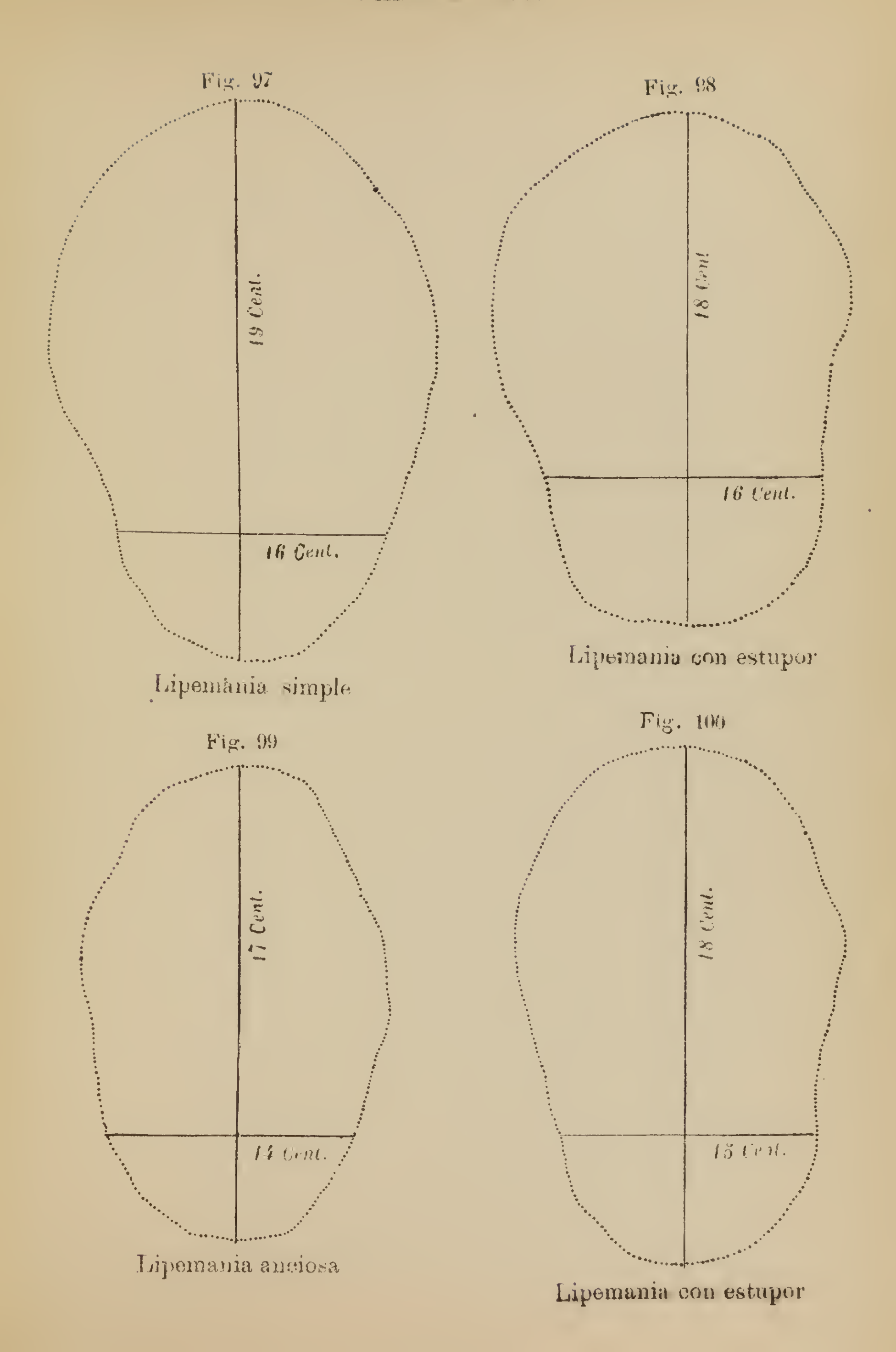
no dependen sino de lesiones evidentes en los centros nerviosos, que aún no hemos penetrado perfectamente.

Si bien es cierto que nuestras investigaciones respecto á la forma del cráneo en las histéricas alienadas nada nos demuestran en cuanto á deformaciones apreciables; sin embargo, el número de observaciones, por cierto mui reducidas no nos autoriza á concluir en la existencia de aquellos, i creemos deber esperar que estudios mas prolijos á que aunaremos los nuestros en lo sucesivo, puedan darnos datos mas seguros en adelante.

Colocamos pues aquí apesar de todo las pocas formas que hemos podido obtener. Tal vez con mas tiempo i ménos precipitacion que con la que escribimos este trabajo, hubiéramos conseguido muchas mas, que utilizaremos seguramente mas tarde.



LAMINA XXV.



Lipemania simple

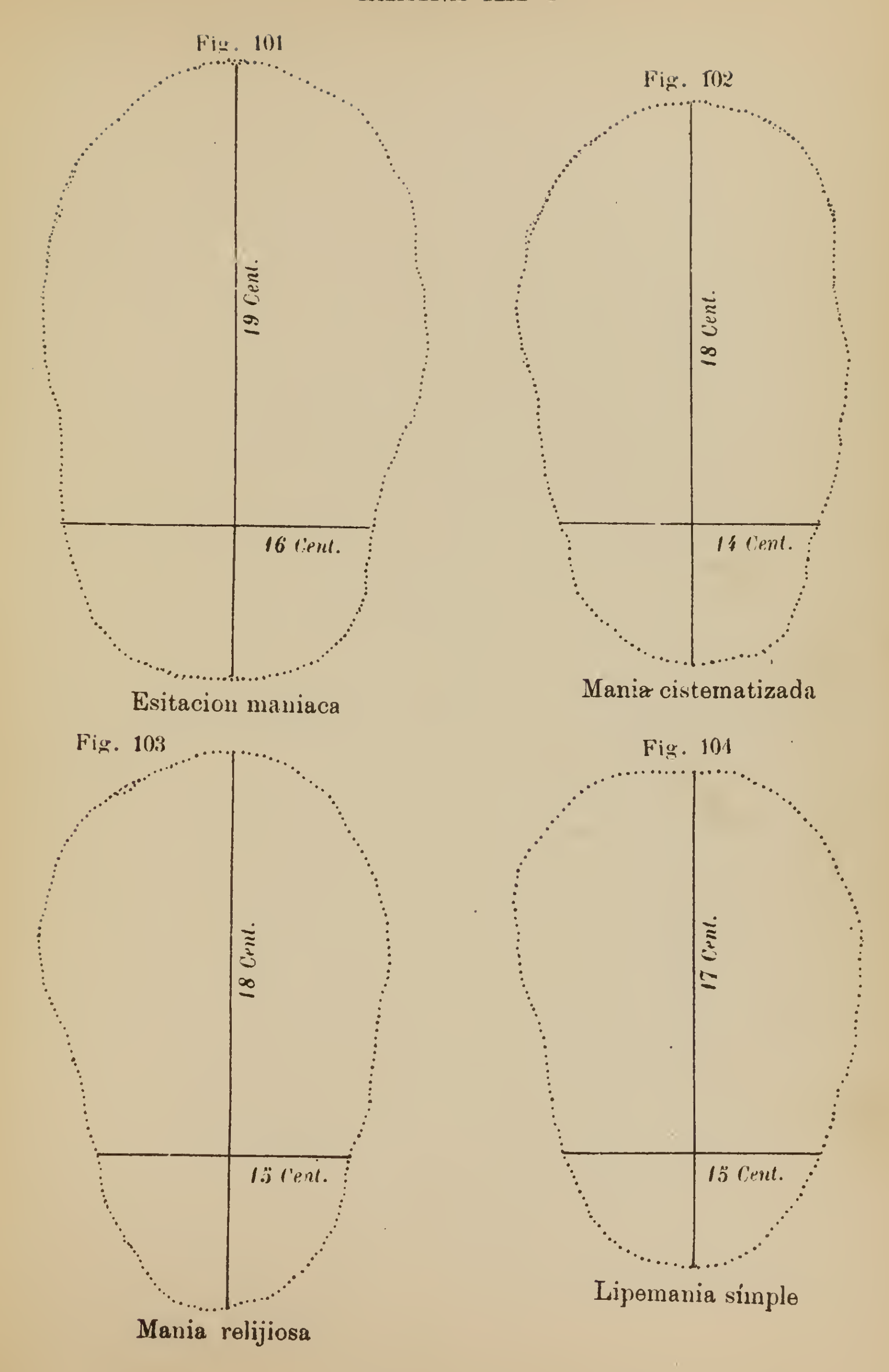
Lipemania con estupor

Lipemania ansiosa

Lipemania con estupor



LÁMINA XXVI



Esitacion maniaca

Mania cistematizada

Mania relijiosa

Lipemania símple



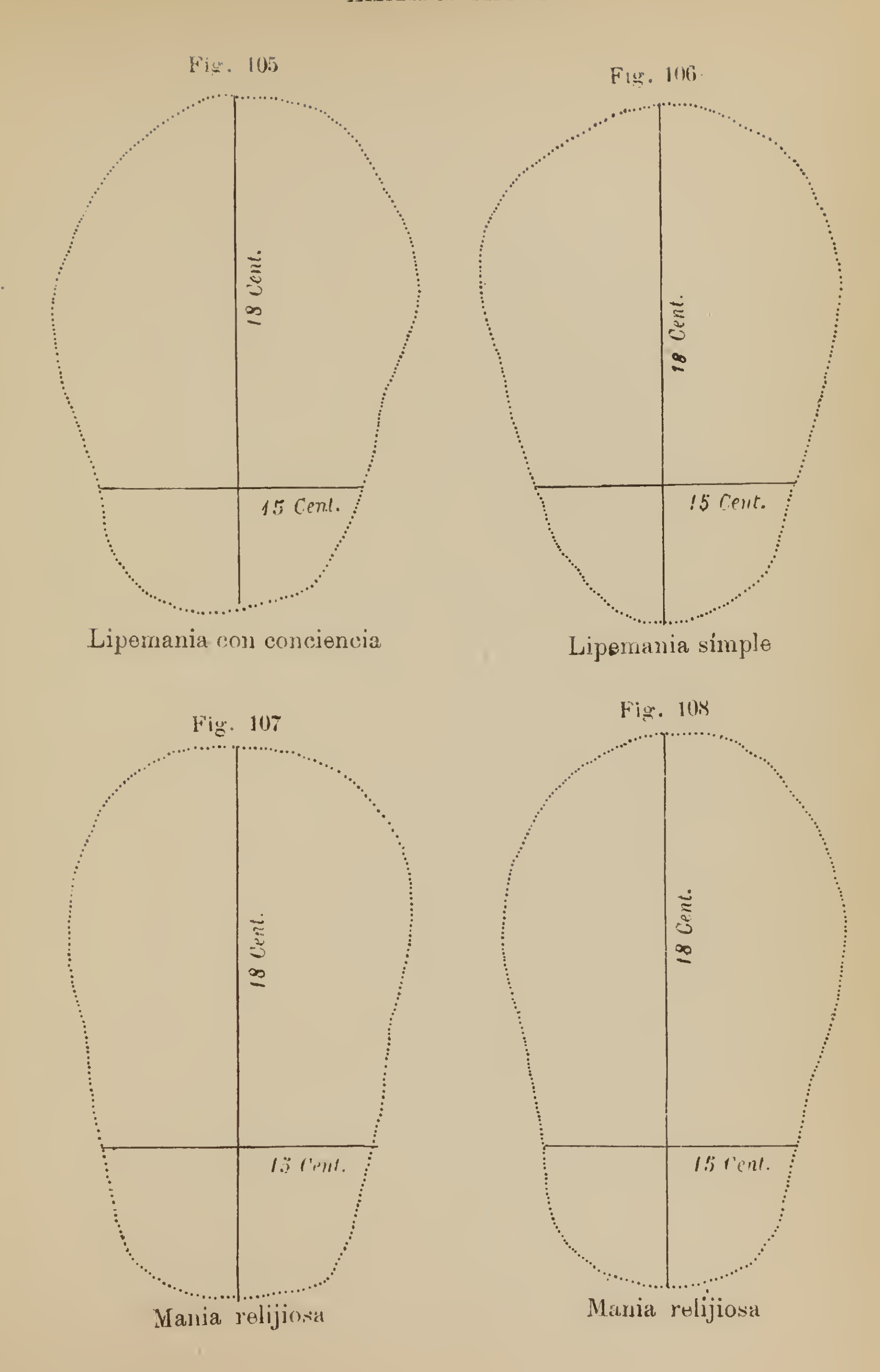


Fig. 105 — Lipemania con conciencia

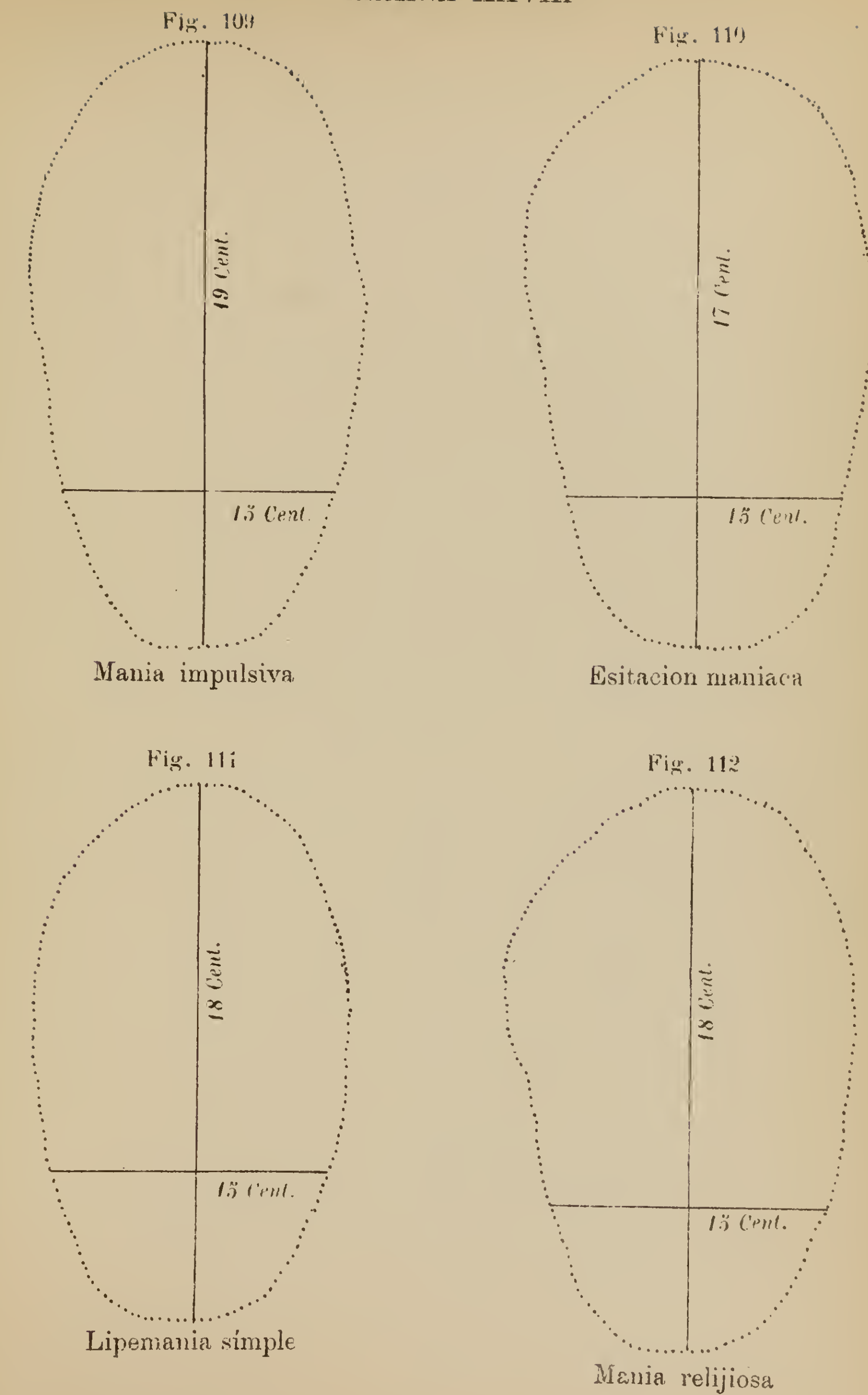
Fig. 106 — Lipemania simple

Fig. 107 — Mania relijiosa

Fig. 108 — Mania relijiosa



LÁMINA XXVIII



Mania impulsiva

Esitacion maniaca

Lipemania símple

Mania relijiosa



CAPITULO VIII

Maníacos

Clasificadas las diferentes manías entre aquellos padecimientos psicopáticos enjendrados por el estado hiperhémico de los centros nerviosos con sus alteraciones consiguientes, no vacilamos por nuestra parte en englobar aquellas para la investigacion de sus relaciones con los signos físicos esteriores.

El estado neuropático particular que acarrea la predisposicion al desarrollo lento i gradual de las condiciones determinantes de los accesos de manía, es un estado que nace con el individuo i se termina con él.

En la evolucion sucesiva de la vida, las condiciones anátomo-fisiológicas cambian bien poco, i si no se ven atacadas psíquicamente ciertas personas es que han faltado indudablemente las causas determinantes que hagan estallar el estado mórbido latente.

Si tratándose de los caractéres jenerales de los seres humanos, se han fijado muchos, que sirvan para la determinacion de lo que se ha llamado temperamentos ú otros hechos análogos, ¿por qué no hemos de buscar tambien

los elementos necesarios para la distincion de algunos estados psicopáticos? Se han señalado, el cuello corto, el pecho ancho, etc., para reconocer los individuos sanguíneos i predispuestos á ataques conjestivos, i siendo los maníacos nada mas que tipos especiales en los que, su actividad psíquico-intelectual puede entrar en eretismo mórbido bajo la influencia de una ú otra causa, es por demás lójico suponer que ese estado conjestivo permanente de los centros censoriales que acarrea esta disposicion, debia exteriorizarse por signos evidentes.

Se dirá quizá que la variabilidad en las formas maníacas no pueden responder á caractéres anatómicos comunes. Pero si reflexionamos en lo que ya hemos tenido ocasion de señalar ántes, es decir, en que un mismo estado patológico puede dar lugar á infinidad de síntomas distintos, tendremos así una esplicacion racional de las diversas formas de manía bajo el mismo tipo anátomo-patológico.

Estribará la diferencia en que, segun sean las rejiones del censorium afectadas, constituirán las formas de manía, siendo esta jeneralizada, cuando aquel lo esté en su totalidad. Tendríamos así las manías especiales caracterizadas por la hiperhémia de ciertos territorios.

Se ha constituido de este modo una manía intelectual cuya manifestacion sería la actividad exajerada de los medios de que dispone el intelectus; una manía impulsiva en que los elementos psíquico-motrices serían afectados, pudiendo ser aquella conciente ó inconciente; una manía emotiva que puede mostrarse bajo mil fases diferentes, i por fin tantas modalidades como territorios cerebrales pueden ser afectados aisladamente.

Ya hemos dicho que no nos detendremos en el estudio de estas diferentes modalidades, i que para nuestro objeto nos basta tener presente que la condicion patojénica es una. Vamos, pues, á analizar las lesiones físicas que se producen en los centros nerviosos, en la manía jeneralizada, abarcando de este modo lo que podríamos decir de cada variedad en particular.

Como no tenemos la pretension de ser anátomo-patologistas porque los elementos nos han faltado hasta el presente para ello, i nuestras observaciones se limitan esencialmente á los signos físicos esteriores; como por otra parte, no nos bastaría recorrer nuestra memoria para narrar con exactitud las alteraciones anatómicas que sabemos existen en los centros nerviosos de los maniacos, hemos determinado en consecuencia tomar de los trabajos de Luys las descripciones en que vamos á entrar. De este modo tendremos conciencia de haber anotado solamente hechos positivos é inmejorablemente autorizados.

En todos los casos de autopsias practicadas en individuos que han sucumbido bajo el imperio de accesos de manía, se han encontrado en todos una fluxion sanguínea más ó ménos intensa, repartida en todos los tejidos del encéfalo con caractéres más ó ménos acentuados.

Antes de penetrar en la cavidad del cráneo mismo, se nota ya en el simple exámen esterior, el cuero cabelludo conjestionado i los huesos subyacentes ingurjitados tambien de sangre.

Levantada la calota ósea se encuentra la dura madre completamente inyectada i los senos venosos sumamente distendidos. La incision de las membranas da por

resultado la aparicion de una abundante serosidad en la atmósfera de la cual se vé entónces al cerebro totalmente bañado.

Quitado el cerebro de su continente, se encuentra una hiperhémia mui acentuada de la pia-madre, las arborizaciones se diseñan en redes mui manifiestas, siendo la hiperhémia difusa en algunos puntos i mostrándose bajo la forma de placas rojas, violáceas que corresponden á placas de infiltraciones hemáticas más ó ménos acentuadas. A lo largo de los gruesos vasos se constata muchas veces un espesamiento de sus paredes bajo la forma de líneas grises.

Cuando se procede al levantamiento de las meninges espesadas por la serosidad que las imbebe, se puede en jeneral levantarlas por colgajos desprendidos, i entónces se constata:

1° Ya el aspecto blanquecino i pálido de la corteza que está en cierto modo despojada de la materia hemática, por causa de la contraccion rápida de los capilares en los últimos momentos de la vida.

2° En una fase mas avanzada se encuentran sobre la corteza, placas rosas difusas que no son otra cosa que focos de hiperhémia localizadas i que no desaparecen bajo la accion de un hilo de agua. A la incision se constata la existencia de grupos vasculares formando localmente un retículum ingurjitado de sangre.

Cuando el trabajo hiperhémico ha sido llevado más lejos, la sangre acumulada ha rasgado los vasos i se revela bajo la forma de manchas equimóticas discretas, más ó ménos infiltradas en la sustancia cortical.

Estos focos de conjestion i de hemorrájias intersticiales se encuentran en diferentes rejiones de la corteza i algunas veces determinan su destruccion más ó ménos estensa segun que los focos son infra-meníngeos ó bien intra-corticales.

La sustancia blanca participa á su vez de la hiperhémia jeneralizada que existe en toda la trama de los elementos cerebrales, sucediendo lo mismo por parte de los núcleos apto-estriados que son igualmente el sitio de conjestiones, de infiltraciones sero-hemáticas i aún de verdaderos focos hemorrájicos.

Las otras partes del sistema nervioso son más ó ménos tributarias de este movimiento fluxionario que se trasporta sobre los lóbulos cerebrales i sus meninges.

La sustancia gris del bulbo i la de la médula espinal en diferentes alturas, son más ó ménos inyectadas, de una coloracion rosa, i atestiguan así la jeneralizacion del movimiento de fluxion sanguínea que se extiende á todo el eje cerebro-raquídeo.

En las formas sub-agudas, el movimiento fluxionario que se manifiesta como una induracion difusa al través del sistema nervioso, se revela al contrario, bajo la forma de hiperhémia más ó ménos circunscripta. Ellas no ocupan más que una estension mui limitada de la corteza i de las membranas.

En semejantes casos se constata la existencia de procesos patolójicos antiguos que se caracterizan por espesamiento de las meninges i por un cierto grado de rarefaccion de la sustancia cortical, acompañado algunas veces de induracion.

Cuando se quitan en efecto las meninges en estas rejiones, se comprueba un cierto grado de retraccion de la corteza que está en via de desaparecer en sus zonas superficiales, miéntras que las profundas son el sitio de una hiperhémia mui intensa.

En las formas crónicas de la manía (1) í en los sujetos que han llegado á una edad más ó ménos avanzada, se encuentra de ordinario fuera de los fenómenos fluxionarios de los últimos períodos, una atrófia local ó jeneral de los lóbulos cerebrales.

En estos casos, el peso de la sustancia cerebral puede caer al mínimun de 659 gramos, de lo que Luys refiere algunos ejemplos. En aquellos individuos en que ha recorrido todas sus faces la enfermedad, se presentan al fin los mismos trastornos nerviosos que hemos indicado al hablar de la demencia.

Encontramos pues en ellos el adelgazamiento de los pliegues cerebrales i alargamiento notable de los surcos, cuya anchura i profundidad aumentan considerablemente; i además, esas atrófias parciales ó jenerales que invaden los elementos nerviosos, que quedan como reliquias dejenerativas del paso de empujes conjestivos más ó ménos repetidos.

Después de todos éstos caracteres cuya constancia i exactitud hemos afianzado en la autoridad de Luys, quedamos suficientemente autorizados, para establecer nuestras comparaciones morfológicas.

[1] Es á esta forma que se refiere el mayor número de nuestras observaciones i de la que poseemos por consiguiente mayor cantidad de modelos.

Este punto nos interesa más tal vez que ningun otro, porque en nuestros asilos hemos encontrado que, el mayor continjente de alienados, lo suministra la forma maníaca en sus distintas modalidades. Así pues, hemos fijado nuestra atencion en todos aquellos elementos que pudieran servirnos para distinguir ó caracterizar aquellas personalidades.

Hubieramos deseado relatar las históriasdetalladas de muchos maníacos con sus signos físicos esteriores más culminantes; pero, resueltos á no hacerlo así ántes con ninguna de las psicósis estudiadas, tampoco lo realizaremos aquí. Se comprende cuanta estension i tiempo hubiéramos necesitado para referir i comentar las históriás de más de *quinientos* casos prácticos, que forman la base de nuestras investigaciones.

Nos ha llamado desde luego la atencion el encontrar con toda jeneralidad un desarrollo un tanto exajerado de la cabeza de los maníacos. Recuerdo, que al levantar mis observaciones, un jóven Doctor que me acompañaba i yo, habiamos adquirido en la frecuencia de tomar medidas, alguna práctica al respecto, i muchas veces llegamos á decir á primera vista i ántes de ningun exámen: éste es un maníaco.

Cierto que en gran número de casos pudiéramos haber hecho igual afirmacion; pero el temor de equivocarnos en apreciaciones aventuradas, nos hacía muchas veces pensar para nosotros mismos, lo que no nos comunicabamos.

Este hecho no abona sin embargo en favor de la posibilidad mayor ó menor de adquirir un convencimiento i

formar un juicio basándose sólo en la forma, i de consiguiente dejamos que se juzgue de nuestra apreciacion por el exámen de las figuras que adjuntamos.

Recordemos de paso que el diámetro ántero-posterior jeneral, oscila entre 17,5 i 18 centímetros, en los individuos sanos de espíritu, i que como se verá en nuestros modelos, en los maníacos llega la mayor parte de las veces de 19 á 20, i aún á 21, en casos ménos frecuentes.

La irregularidad i asimetría en la forma de la cabeza, no son en estas personalidades tan marcadas i frecuentes como en otras clases de psicósis.

Lamentamos no tener el tiempo suficiente para diseñar mayor número de formas, porque habría así mayores términos de comparacion. Pero, tenemos la intencion de confeccionar más tarde un atlas de todas las formas cranéanas obtenidas en el vivo, á los que agregaremos las de veinte i cinco ó treinta más, de una coleccion de cráneos propiamente hablando, que el Dr. Ramos Mejia ha tenido la jenerosidad de proporcionarnos i que pertenecen tambien á individuos alienados de la República Arjentina.

Colocaremos sin embargo aquí mayor número de modelos, que el que habíamos destinado para cada psicopatía en particular, asi es que tendremos á la vista veinte formas, miéntras que en los casos anteriores representamos sólo diez i seis.

LÁMINA XXIX

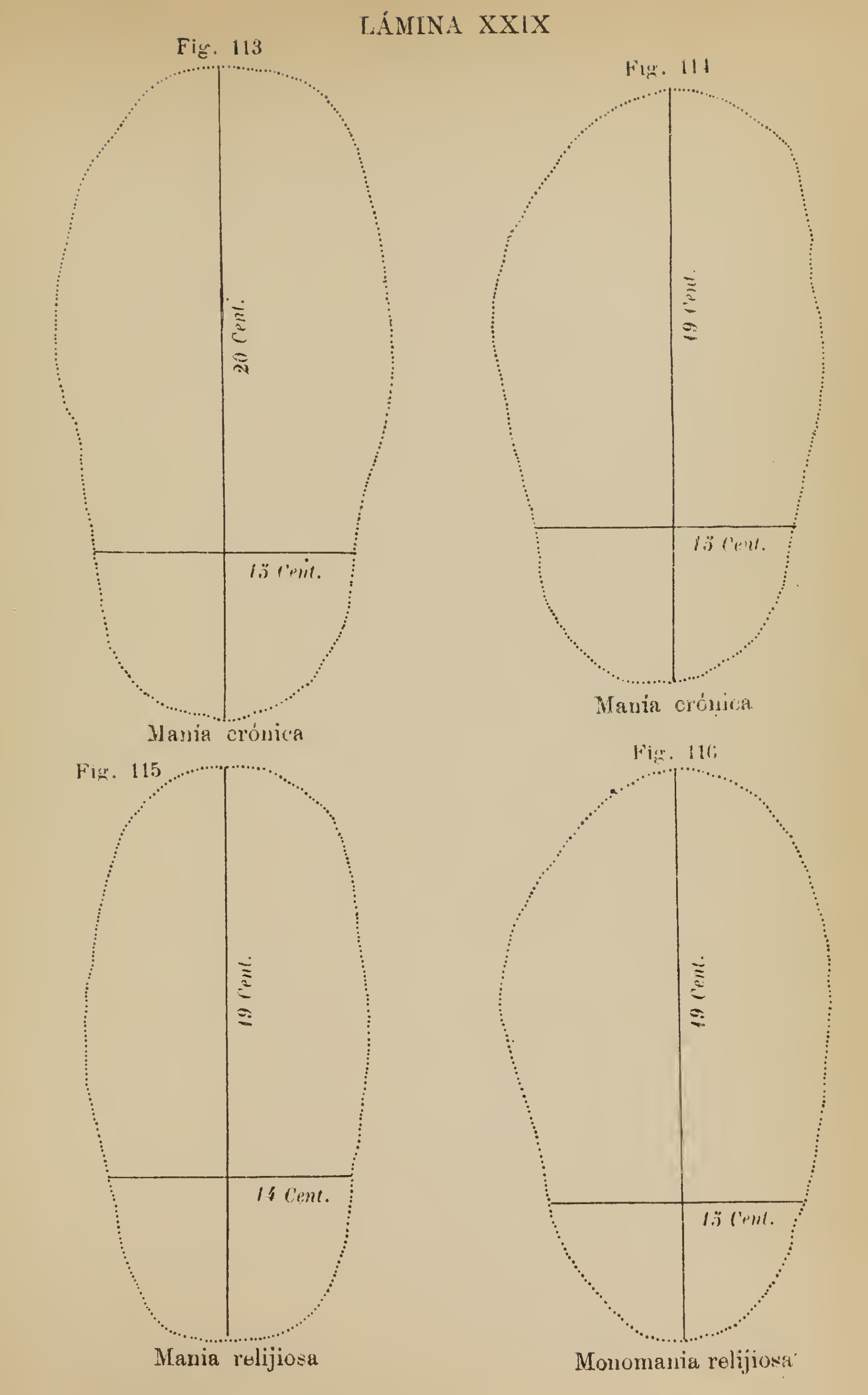


Fig. 113 — Mania crónica

Fig. 114 — Mania crónica

Fig. 115 — Mania relijiosa

Fig. 116 — Monomania relijiosa



LÁMINA XXX.

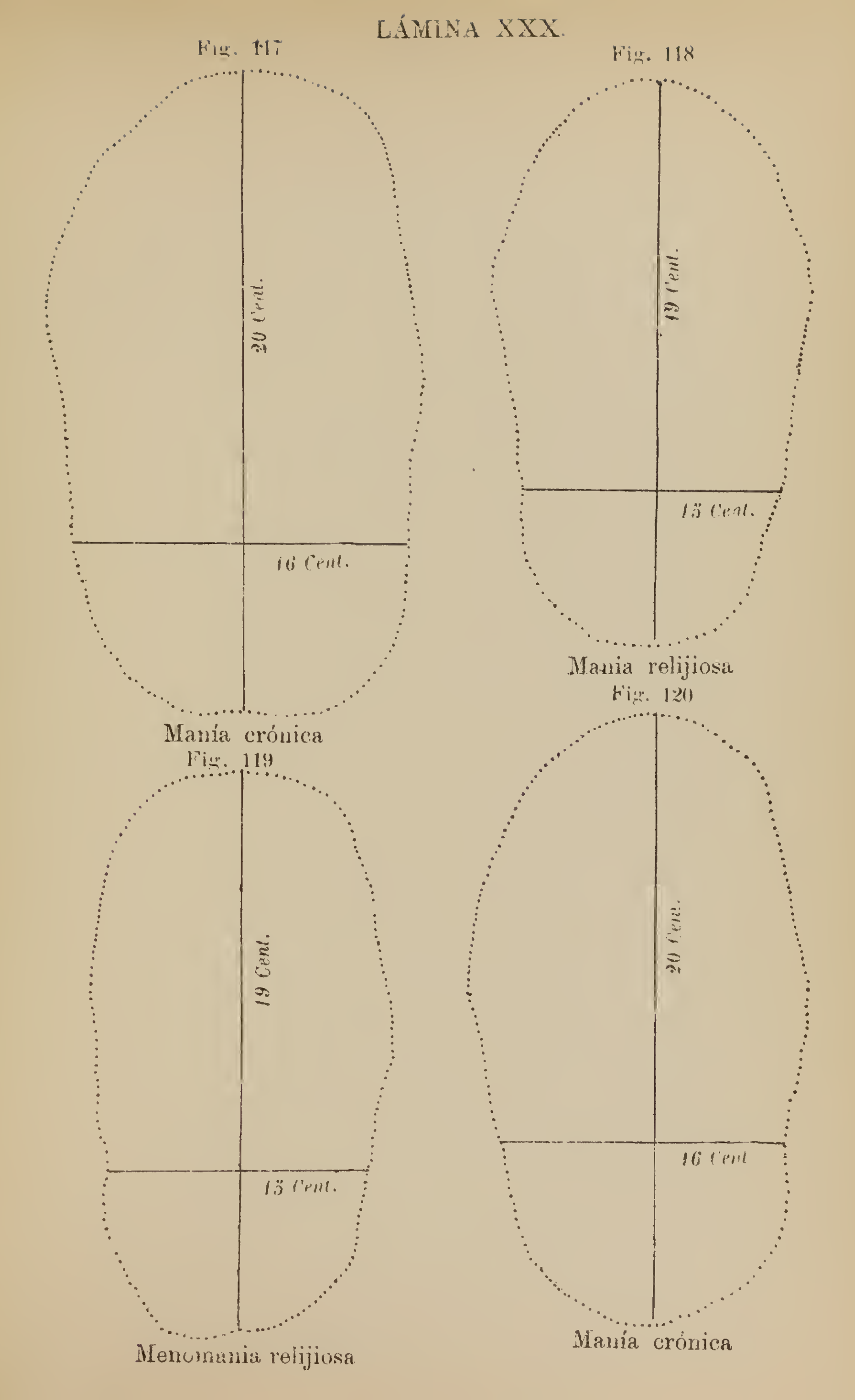


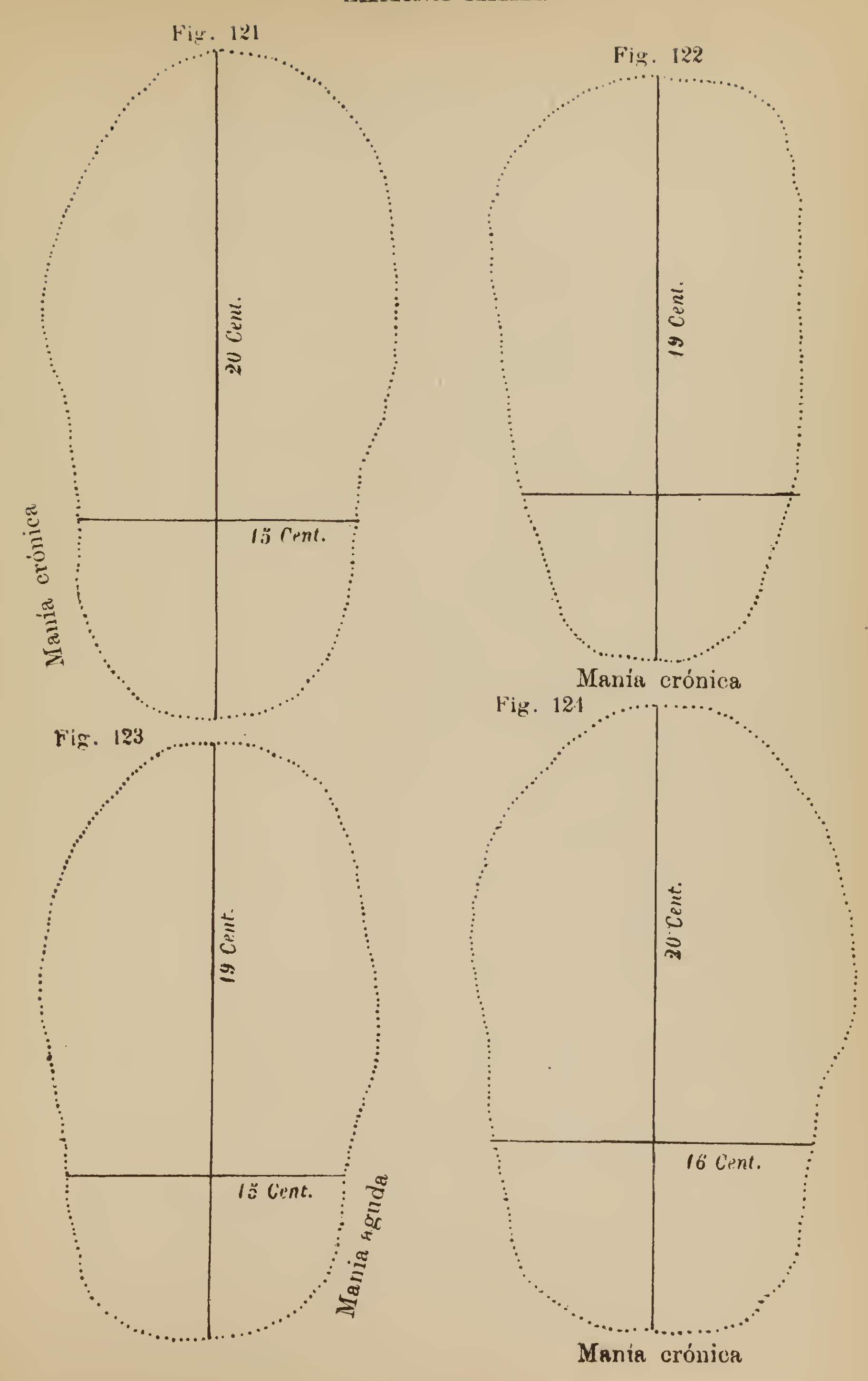
Fig. 117
Manía crónica

Fig. 118
Manía relijiosa

Fig. 119
Menomania relijiosa

Fig. 120
Manía crónica




Fig. 121
20 Cent.
15 Cent.
Manía crónica
Fig. 122
19 Cent.
Manía crónica
Fig. 123
19 Cent.
15 Cent.
Manía aguda
Fig. 124
20 Cent.
16 Cent.
Manía crónica



LAMINA XXXII.

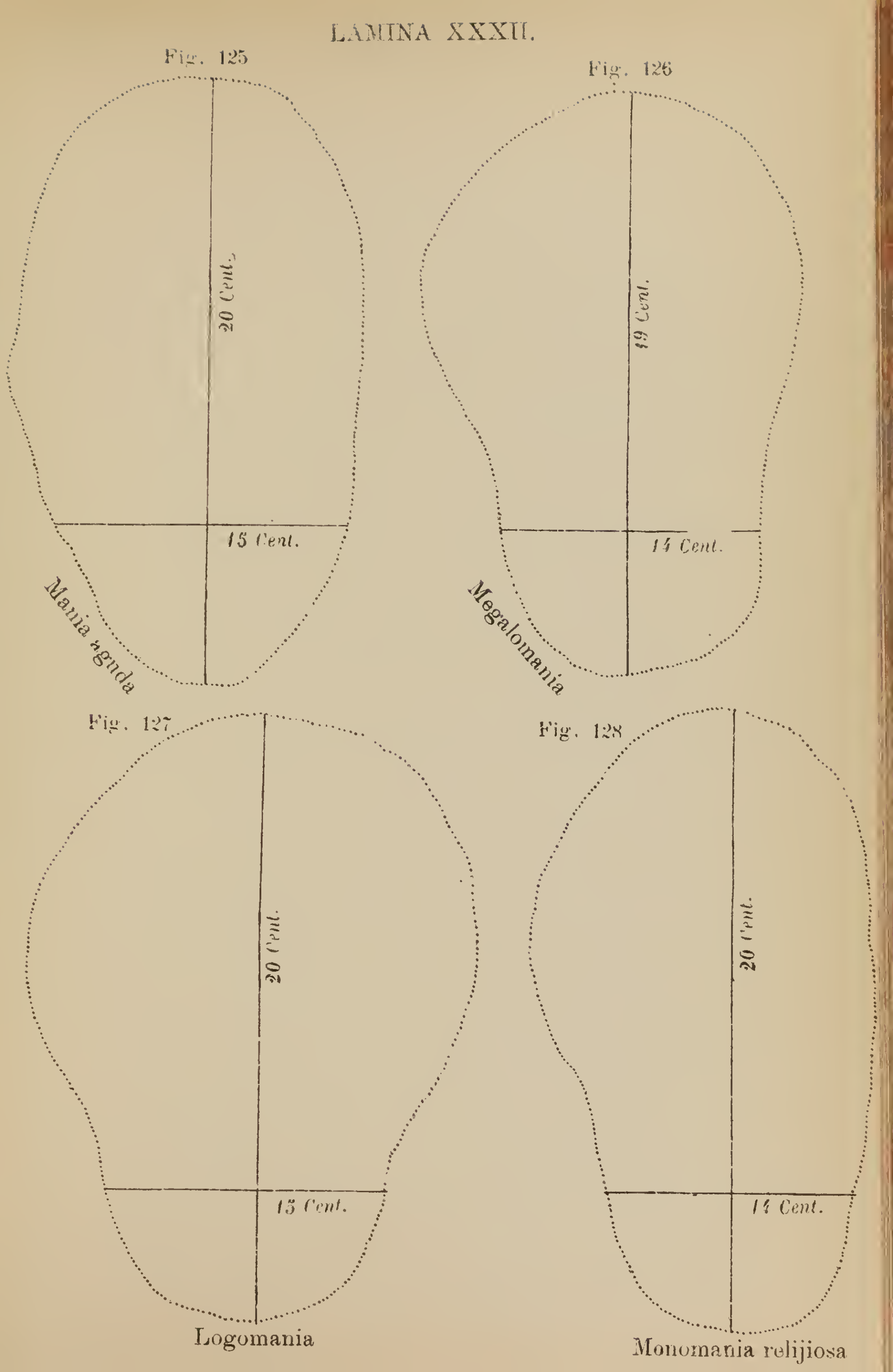
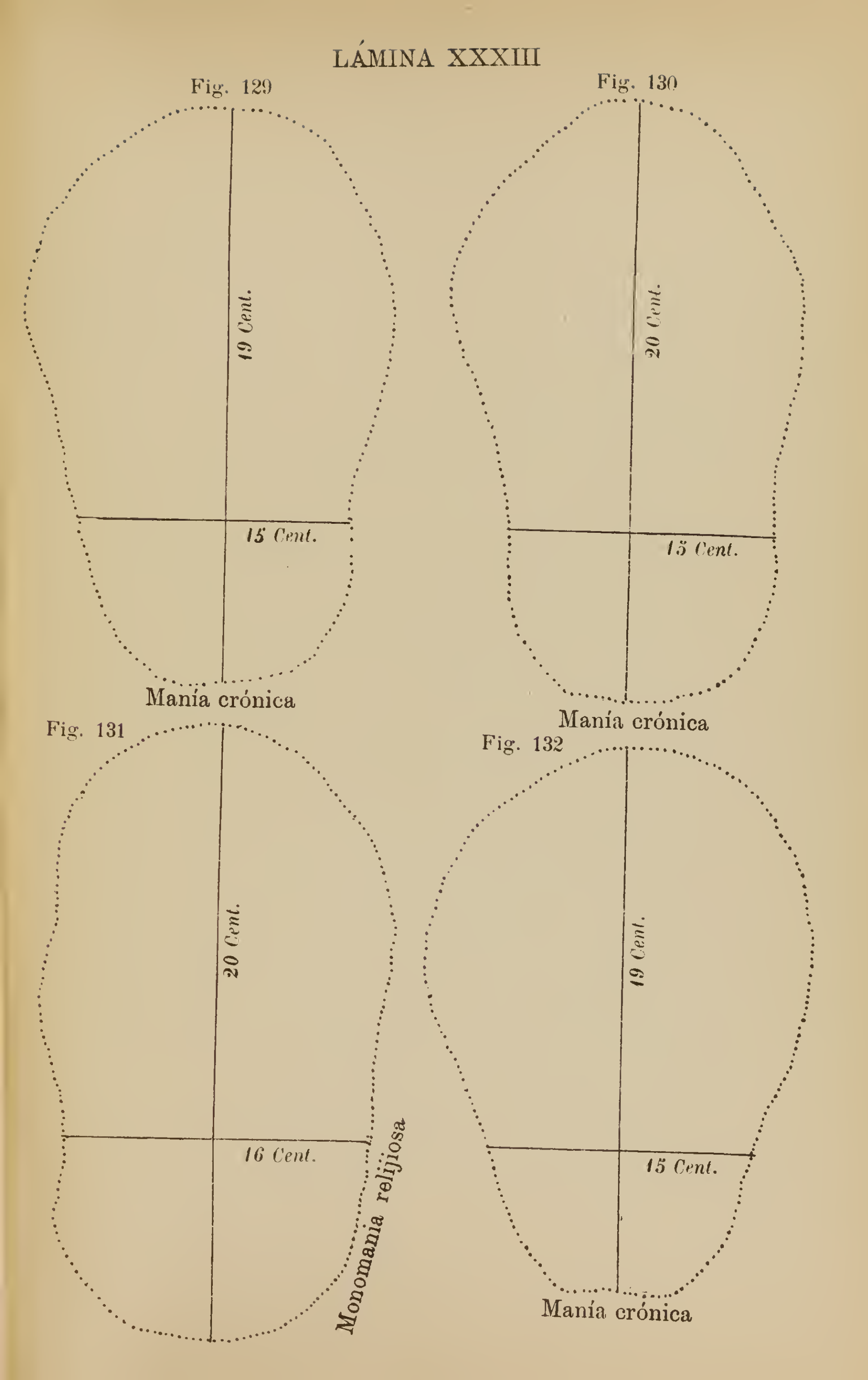




LÁMINA XXXIII





CAPÍTULO IX

Lipemaníacos

Apesar de que Ball empieza su estudio sobre las lipemanías, afirmando que no debe considerárselas como entidades mórbidas especiales, nosotros colocaremos estos estados psicopáticos, siguiendo otras autoridades, entre aquellos que dependen de alteraciones constitucionales de los centros nerviosos, más ó ménos acentuados.

Así como para los maníacos hemos investigado las lesiones de los centros censoriales, lesiones que pueden, segun su localizacion, dar margen á gran variedad de formas, así tambien en el estudio de las lipemanías, indagaremos los fenómenos que se pasan en aquellos centros i que, ocasionados á su vez por un estado jeneral, pueden manifestarse bajo mui variados aspectos.

Aquí, como en el capítulo anterior, las alteraciones circulatorias i disposicion habitual á los estados isquémicos, acarrean á la larga transformaciones i modificaciones apreciables de los elementos nerviosos. Allí, el factor principal era la conjestion; aquí, al contrario, la isquémia es quien vá á imprimir á las células su sello particular, que cambia las condiciones normales de la vida.

Antes de pasar al estudio de los trastornos del censorium comun i sus dependencias, creemos conveniente detenernos un momento en el análisis de los signos i caractéres físicos más culminantes del hábito exterior, que sirven al reconocimiento de los individuos lipemaníacos.

Bueno es prevenir tambien de antemano, que englobamos en esta descripcion, las diferentes maneras de manifestarse del mismo estado jeneral. Así abarcaremos pues, la lipemanía con estupor, la lipemanía con conciencia, la lipemanía ansiosa, &. &.

La cara de los melancólicos ofrece un aspecto particular, que puede decirse característico. Su espresion, dura i terca, dá á conocer desde luego que alguna preocupacion constante domina el espíritu del paciente i que algo anormal se pasa en los centros motores que ponen en juego los músculos de su fisonomía. Sus pliegues i arrugas naturales, están tensos, i la mirada fija jeneralmente hácia el suelo, dan al enfermo una actitud própia, difícil de confundir.

Todo jénero de movimientos es rechazado por ellos, i rehusan todo lo que signifique un trabajo muscular cualquiera, como vestirse, comer, acostarse ó levantarse, cambiar de sitio, &., &.

Un otro rasgo que viene á completar su fisonomía es la voz. Ella está en relacion con el conjunto del individuo, ella parece acabar en cierto modo su retrato. La voz del melancólico es débil, indistinta, entrecortada, á tal punto, que es frecuentemente difícil de comprenderles, cuando es posible hacerles hablar; pero, lo más habitualmente guardan silencio i es menester algunos esfuerzos para arrancar-

les algunas palabras: no es sinó bajo una fuerte presion, por decirlo así, que se les pueden arrancar algunas frases que traducen la preocupacion constante que les domina. Fuera de las causas morales, se pueden invocar condiciones físicas para esplicar el mutismo obstinado. Existe en efecto en muchos de estos enfermos, un debilitamiento real de los músculos fonadores i una cierta dificultad en emision de los sonidos.

Esto no es por otra parte, más que un caso particular del debilitamiento jeneral que ataca en ellos, todos los músculos, i que coincide con perturbaciones frecuentemente profundas en sus funciones. Se observa en efecto, en estos enfermos, temblor, contractura, i aún algunas veces, parálisis parciales. En cierta medida se puede atribuir la debilidad jeneral á las alteraciones de nutricion que se observan frecuentemente en ellos, aún prescindiendo de la insuficiencia de alimentacion. (Ball.)

Todo el conjunto de la persona en estos individuos, revela alteraciones nutritivas profundas.

Ellos son flacos i estenuados, i si se tiene prolijidad de tomarles el peso en el primer período de la enfermedad, se nota mui luego, que han perdido gran parte de aquel, á consecuencia del prolongado ayuno á que su constante preocupacion les obliga.

La anorexia es constante i llega á acentuarse de tal modo que los enfermos acaban por tener verdadera repugnancia ó asco, por todo jénero de alimentos. Se hacen presa de una perfecta sitofobia que se aviene completamente con sus tendencias al *far niente*.

Se comprende que este estado habitual debe repercutir

sobre las funciones dijestivas modificándolas profundamente; i así vemos en efecto, que los lipemaníacos sufren una constante constipacion, hecho que tiene una gran importancia clínica i que hizo decir á Esquirol, que la melancolía era debida, á un dislocamiento del colon trasverso.

Se ha atribuido esta constipacion, á una parálisis intestinal, i de allí que para remediar la falta de potencia, se haya instituido desde los primitivos tiempos, el tratamiento por los purgantes repetidos en los lipemaníacos. Cuando esta parálisis se hace más jeneral i estiende sus dominios á lo largo del canal dijestivo, llega á invadir los esfínteres, i entónces puede sospecharse una alteracion más séria de los centros nerviosos, i hacerse por lo tanto un pronóstico ménos favorable.

Las alteraciones consiguientes que los trastornos nutritivos, acarrean sobre los centros nerviosos, ponen á éstos en condiciones poco favorables para llenar con regularidad perfecta su funcionamiento. Tenemos pues, como un fenómeno de importancia capital, la existencia del insomnio en los lipemaníacos, fenómeno que no falta casi nunca en el primer período de la enfermedad i que persiste aún en la evolucion sucesiva de ella, hablándonos siempre mui alto, en pro de los trastornos que se pasan en el cerebro.

El insomnio es tambien característico i no falta casi jamás en el primer período de la melancolía. Cuando estos neurópatas consiguen dormir un instante, su sueño es intranquilo é interrumpido por pesadillas i ensueños sumamente fastidiosos para el paciente.

Al par de estos trastornos i por parte de la sensibilidad

jeneral i aún de los sentidos en particular, tenemos que mencionar todavia otros hechos de no poca importancia.

Sorprende desde luego en los melancólicos, la serenidad i calma con que soportan las picaduras, golpes, contusiones, &, llevados directamente sobre cualquier punto del cuerpo. Muchas veces hemos acercado un fósforo encendido á los dedos de un enfermo, sin que él se apercibiera de ello, hasta despues de pasado un lapso de tiempo bastante apreciable. Estas anestesias cutáneas han sido referidas solo á la preocupaeion ó abstraccion completa del espíritu; pero, es más lójico suponer que ellas dependan de alteraciones evidentes de los centros censoriales.

Los sentidos especiales no escapan á estas alteraciones, i la perversion del oído, el olfato, gusto, &, se encuentra en casi la totalidad de los casos.

Por parte de los demás aparatos i funciones de la economía, se observan á la vez, trastornos más ó ménos marcados, pero de existencia constante.

Ball dice, «la moderacion del movimiento nutritivo, debe evidentemente hacernos preveer, una disminucion correspondiente en todos los gastos de la economía, i principalmente en las secreciones. De una manera habitual su abundancia disminuye: compruébase el hecho por las orinas i por la traspiracion cutánea, que vuelve la piel dura i seca al tacto. Se la comprueba tambien por el estado de los cabellos, que se ponen secos i quebradizos, por que falta en ellos el barniz sebáceo que les suministra el organismo en el estado fisiológico. La secre-

cion espermática está notablemente disminuida, i en la mujer la cesacion de las reglas, es un síntoma de los más comunes, i se puede decir que en jeneral las funciones jenitales están abolidas en uno i otro sexo.

Existe un hecho más notorio aún i al que tendremos que referir más tarde los múltiples i variados trastornos de los elementos nerviosos. Este hecho se refiere á las alteraciones circulatorias que determinan ese enfriamiento constante de las estremidades i otras partes del cuerpo que presentan los lipemaníacos.

Marcé citado por Ball se ha ocupado mui detenidamente de aquellos trastornos i de los que se observan á la vez por parte del aparato respiratorio. He aquí como resume el último de estos autores, las investigaciones del primero.

«Los melancólicos no hacen inspiraciones completas, el aire no llega hasta las últimas ramificaciones brónquicas, los movimientos del pecho no tienen amplitud, son irregulares, entrecortados, &. La respiracion es pues modificada en ellos, en su ritmo, en su frecuencia i en su extencion, i frecuentemente el tipo respiratorio es constituido por un sinnúmero de pequeñas respiraciones justapuestas, que reemplazan el movimiento ámplio i regular del pecho en el estado normal.

«Marcé señala ignalmente la falta de proporcion entre el número de respiraciones i el de los latidos cardiacos. Esta relacion como se sabe es de 1 á 4 en el estado normal i en los melancólicos desciende mucho más, viéndose frecuentemente que una sola respiracion corresponde á cinco ó seis pulsaciones. Así, aunque el número de

respiraciones no sea siempre disminuido de una manera absoluta, los movimientos respiratorios están más en relacion con las necesidades de la circulacion i por consiguiente de la hemátosis.

A estos hechos se refiere el descenso de la temperatura. Poco considerable para las partes centrales, es más netamente acentuada hácia la periferia del cuerpo, donde la cifra puede descender á tres ó cuatro grados por debajo de la normal. (1) Segun Marcé, la imperfeccion de la hemátosis i las alteraciones de la respiracion bastarian para esplicar este enfriamiento. (2)

Así alterada la circulacion jeneral, debemos suponer que no se limitan estos trastornos á las partes periféricas del cuerpo, sinó que tambien llevan su accion más allá hácia los organos indispensables al funcionamiento intelectual, el cerebro, la médula i sus dependencias. I así sucede en efecto, como vamos á verlo bien pronto.

Desde luego conviene señalar que la isquémia determinante de los trastornos psíquicos, puede limitarse á ciertos puntos ó rejiones, dando así lugar á formas particulares de depresion, intelectual, emotiva, &. La jeneralizacion de los trastornos mutritivos en el cerebro, traerá consiguientemente una alteracion en conjunto, de todo el órden de fenómenos psíquico-intelectuales.

El rol capital que está llamada á jugar en la jerarquía de los fenómenos de actividad nerviosa la rejion madre,

(1) Ball. Maladies mentales.

(2) En nuestras observaciones no hemos encontrado nunca un descenso inferior á 2 grados.

la corteza del *censorium comun*, está suficientemente demostrado. El rol fisiológico de esta rejion, siempre en accion, como sus millares de elementos nerviosos sensibles por sí mismos, nos dá la clave de muchos fenómenos, pues sabemos que es siempre apta para reaccionar, moverse i desarrollar así una emotiva própia, constituyendo por esto mismo una esfera de actividad central, siempre activa, siempre sensible i en perpetuo conflicto con las incitaciones ambientes que las solicitan de todas partes i que la tienen incesantemente despierta. Se comprende entónces la importancia extrema de la irrigacion sanguínea en medio de esta trama nerviosa, de tal modo, que, si la sangre que le dá la vida, que lo sostiene i pone en actividad, falta, las manifestaciones emotivas de ese censorium empezaran á sufrir la degradacion sucesiva de su enerjía, por la isquémia invasora. (Luys.)

Así como hemos visto que la exajeracion nutritiva de las rejiones cerebrales psíquico-motrices, determinaba en los maníacos, la exaltacion é impulsion irresistible; así tambien, en el órden de ideas que nos ocupa, encontramos que la falta del elemento nutricio de aquellas rejiones en los lipemaníacos, acarrea la depresion profunda, quedando no obstante indemnes las otras partes similares del cerebro i encargadas de otras funciones. De aquí resulta esa forma particular de melancolía con conciencia, en que los enfermos piensan i aún discurren perfectamente, encontrándose no obstante incapaces á sí mismos para exteriorizar el producto de su labor intelectual.

Los enfermos atacados así parcialmente en los elementos jeneradores de su voluntad afectiva, conservan la plena

posesion de sus facultades intelectuales. Ellos espresan regularmente i se dán cuentan de lo que pasa en su interior, quieren obrar i sienten que se estrellan á dificultades íntimas de ejecucion. Sin embargo, no se trata aquí de parálisis ordinarias, ni aún de simples parécias musculares; son alteraciones aferentes á las rejiones psíquicas, á las rejiones madres, de donde, la personalidad consciente se espresa en manifestaciones somáticas.

El enfermo quiere espresar fuera de sí sus resoluciones i se siente atacado de impotencia en su ejecucion: siente en él segun se espresan algunos enfermos, verdaderos *puntos muertos*. Ellos no se mueven sinó con trabajo, tratan, como ellos dicen, de querer, de decidirse á querer, i quedan así indecisos é inciertos en sus resoluciones. (Luys)

Dados estos lijeros detalles sobre el *modus operandi*, diremos así, de las isquémias parciales ó jenerales, para la determinacion de los estados psicopáticos que estudiamos, i señalados aúnque á la lijera, los principales caractéres físicos que el hábito esterior nos suministra, pasemos á ocuparnos de la anatomía patolójica propiamente dicha, en los afectados de lipemanía.

Debemos fijar nuestra atencion sobre los elementos nerviosos más que todo, por que como ya hemos previsto, son ellos, los que afectados en sus funciones normales, acarrean los trastornos psíquicos tan variables.

Sabemos que desde 1833, se buscaban ya en el cerebro, lesiones apreciables que indicaran la causa de la lipemanía, i que en esa época el Dr. Estor Demarcy la atribuía á una compresion de aquel órgano, determinada por los exudados intersticiales producidos en él.

Despues de estos hechos vagos, con poca ó ninguna significacion, puesto que nada determinaban, mencionando solo un fenómeno comun á gran número de padecimientos, vinieron felizmente mas tarde, investigaciones más profundas á colocarnos en la vía de apreciacion de trastornos evidentes por parte del sistema nervioso.

Los trabajos de Voisin i sobre todo de Luys, contienen verdadera riqueza de elementos anatómicos encontrados en los individuos que nos ocupan. Nada haríamos, pues, mejor que referirnos á ellos en este estudio; pero, es menester tener á la vista aquellas alteraciones para desprender de la importancia de ellas, las relaciones á establecer en cuanto á los signos exteriores, que procuraremos encontrar en los lipemaníacos, así que nos permitiremos tomar de las autoridades mencionadas todo lo que puede ilustrar á nuestro propósito.

El tipo que ofrece más características lesiones en los centros censoriales, es seguramente la lipemanía con estupor; de manera que á él deben referirse más que todo las descripciones que ván á seguir.

Hé aquí desde luego esas lesiones comprobadas por Luys, en los casos que él ha observado, seguidos de autópsias prolijas.

La dura madre está pálida i decolorada; cuando se se la incinde se constata la presencia de una serosidad subaracnoídea abundante: la piamadre está tambien decolorada i en razon de la serosidad que la imbebe, se levanta mui fácilmente sin arrastrar con ella fragmentos de la sustancia cerebral reblandecida.

Cuando se decortican los lóbulos cerebrales, se cons-

tatan irregularidades con atrófia de los pliegues de la corteza, i por otra parte, notables alteraciones histológicas. El trabajo de atrófia es llevado sobre el conjunto de la sustancia cerebral que ha sufrido un trabajo notable i prolongado de desnutricion: el peso total del cerebro está notablemente disminuido.

Cuando la atrófia es localizada, se distribuye desigualmente sobre ciertas rejiones, i se denota al esterior por un adelgazamiento de los pliegues cerebrales, que se presentan en las formas crónicas, bajo el aspecto de láminas casi rectilíneas.

El estudio morfológico de la corteza, no solamente en los casos de lipemanía con estupor, sinó también de lipemanía con exitacion, presenta ciertas particularidades especiales, que constituyen anomalías de organizacion é indican por esto mismo, una predisposicion nativa hereditaria.

Los hechos que han sobre todo llamado la atencion en este sentido, son: las irregularidades en el modo de constitucion de la segunda circonvolucion frontal, principalmente á la derecha, i más que todo un alargamiento característico en el sentido ántero-posterior del lóbulo paracentral. En cierto número de casos se ha encontrado este alargamiento insólito, unilateral, llegando hasta 7 centímetros.

La desigualdad de peso entre los dos lóbulos cerebrales, ha sido notada en todos los casos observados por Luys hasta el presente, elevándose aquella entre cada lóbulo, á 15 i aún hasta 25 gramos. »

Nótese bien que aquí se hace jugar un rol particular

á la predisposicion, pues que ella tambien será encargada luego de imprimir á los centros nerviosos i su continente, el sello propio que permita caracterizar al lipemaníaco. Continuemos empero la descripcion i no adelantemos apreciaciones que tendrán más tarde su lugar oportuno.

« El estudio intrínsico de la sustancia cortical es no ménos significativo, sea que se trate de casos de estupor profundo ó de lipemanía parcial. La coloracion de la corteza es pálida, amarillenta i decolorada aquí i allí. Al corte no se encuentra la presencia de los capilares i solo se nota una atrófia mui notable del espesor de la corteza, con manchas pálidas amarillentas i rugosas al mismo tiempo que una infiltracion edematosa, correspon-pondiendo aquellas manchas á focos aislados de infiltracion gránulo-grasosa. Los vasos han desaparecido casi totalmente; pero, si se han puesto á descubierto simultáneamente muchas rejiones, á la ayuda de cortes sucesivos, se observa aún en los casos más avanzados, pequeños islotes de vascularizacion parcial, que se presentan de una manera irregular en su espesor. Estos pequeños islotes formados por paquetes de capilares, aparecen, sobre todo en las zonas profundas i representan los últimos vestijios de las redes capilares corticales, demostrando que los fenómenos circulatorios no han sido en todas partes, simultáneamente aniquilados. »

Las células nerviosas mismas que constituyen la sustancia íntima de la corteza, se encuentran á su vez atacadas de una dejeneracion granulosa, i es fácil comprender que todos los elementos que entran en la compo-

sicion de aquella, participen á la vez de ésta dejeneracion.

Mas aún; no se limitan las alteraciones á la sustancia cortical tan solo, sinó que la sustancia blanca por su parte i los tubos nerviosos tambien, son afectados conjuntamente. Pero sigamos la descripcion de Luys, para no quitarla su valor haciéndonos intérpretes de sus observaciones.

«La sustancia blanca está fuertemente decolorada i presentando no obstante algunas veces una coloracion verdoso pálida. Su consistencia es variable, segun que la serosidad es más ó ménos abundantemente repartida en su trama. Los tubos nerviosos, están en el período regresivo en la mayoría de los casos. Los núcleos centrales presentan la misma coloracion jeneral, que se revela en la sustancia cortical. La trama del tejido de las capas ópticas del cuerpo estríado, es pálida, marchita é imbebida de serosidad, revelándose en todo, el carácter de isquemia.

«El cerebelo presenta por su parte un estado especial de infiltracion serosa; la sustancia cortical cerebelosa es algunas veces tan permeable á la serosidad que se hace transparente i puede verse al traves de su espesor, la sustancia blanca subyacente. Las pequeñas células cerebelosas persisten no obstante en su situacion habitual, así como tambien las células de Purkinje, pero éstas examinadas en el estado fresco, están pálidas, decoloradas i han pasado al estado vesiculiforme haciéndose edematosas. La protuberancia está parcialmente pálida i decolorada encontrándose sin embargo en su sustancia

gris central, asi como en la rejion bulbar, pequeños islotes de arborizaciones vasculares, que denotan aún la persistencia de ciertos centros de actividad circulatoria.»

En lo que se refiere á las isquemias jeneralizadas el estudio de las alteraciones anatómicas no puede estar más adelantado como vemos. La forma de lipemanía crónica, la melancolía con estupor, llamada más comunmente, tiene pues en el cerebro su causa tangible, su razon de ser, apreciable. Pero, esas formas parciales de melancolía i sobre todo esas alternativas de exaltacion i depresion obedecerán tambien á hechos análogos á alteraciones circulatorias á la vez?

¿Será posible la coexistencia de rejiones cerebrales que estén bajo estados vasculares completamente distintos? Indudablemente sí, pues la doble circulacion cerebral, la periférica i la central independientes hasta cierto punto, permite facilmente que el fenómeno tenga lugar.

En las lipemanías parciales deben encontrarse por lo tanto rejiones isquémicas correspondientes á puntos circunscriptos de los territorios cerebrales que preciden las manifestaciones psíquico-intelectuales. Interrogamos nuevamente nuestra mejor autoridad al respecto.

En las lipemanías parciales, dice Luys, se encuentran en efecto lesiones que radican al mismo tiempo sobre las rejiones corticales i sobre las rejiones centrales: éstas rejiones pueden estar en condiciones circulatorias mui opuestas, encontrándose muchas veces núcleos centrales mui vasculares, miéntras que, las rejiones corticales están en una fase completa de isquemia.

«Cuando se estudia la corteza á la ayuda de una lente

se constata que el proceso regresivo es sobre todo característico en las zonas submeningeas que presentan una coloracion grisásea i gomosa, algunas veces amarillenta i opaca. Los vasos son raros i los elementos histológicos están ya en el período necrobiótico; las zonas medias son de un tinte pálido é isquémico, pero en las zonas profundas al contrario, se nota la existencia de un retículum vascular persistente, que es casi el mismo en todas las rejiones i que espresa así la continuacion de la actividad circulatoria en sus territorios limitados i que persiste aquí á medida que ella retrocede en las rejiones superficiales. En las formas más avanzadas estas redes vasculares profundas, se extinguen á su vez, i en los últimos tiempos no quedan representadas más que por pequeños islotes hiperhémicos localizados.»

Continuando el análisis de las alteraciones anatómicas en las lipemanías parciales, Luys agrega:

«La trama íntima de las capas ópticas i particularmente la de la sustancia gris del tercer ventrículo, i los alrededores del orificio del acueducto de Sylvius, presentan en los casos que nos ocupan una importancia del todo particular. Esta sustancia gris ofrece un estado especial de vascularizacion mui digna de atencion. Miéntras que las vias circulatorias se hacen cada vez ménos permeables á la sangre en los diferentes departamentos de la corteza, en las rejiones centrales al contrario, i en la rejion gris del tercer ventrículo en particular, parece que se opera un trabajo de compensacion.

Se encuentran en efecto ramilletes de arborizaciones vasculares mui abundantemente repartidas, cuyas mallas

se anastomosan entre sí i constituyen algunas veces plexos casi contínuos. Estos islotes hiperhémicos se estienden más ó ménos léjos, sea del lado de los tubérculos mamilares, sea por parte del tuber sinereum, ó sea aún hácia el acueducto de Sylvius. El tejido de las capas ópticas presenta al mismo tiempo una inyeccion notable del retículum vascular, i algunas veces tambien pequeños focos de hemorrájia intersticial que implica la enerjia del trabajo fluxionario que se opera en estas rejiones.

El cerebelo aúnque imbebido de serosidad en la jeneralidad de los casos, presenta en su sustancia gris cierto grado de decoloracion, con tendencia á la isquémia. Por el contrario, la sustancia gris de la protuberancia, la del bulbo i del cuarto ventrículo, que están en continuidad de tejido con la sustancia gris central del cerebro, están caracterizadas por un estado hiperhémico mui netamente acentuado, bajo la forma de retículum vascular, con distencion de los gruesos vasos.»

Hasta aquí solo hemos hecho referencia á los trastornos por parte de los centros consoriales mismos, sin averiguar lo que tiene lugar por parte de las cubiertas membranosas de aquellos. Las meninges á su vez presentan los signos propios de la isquémia jeneralizada en los casos de lipemanía con estupor i crónica, pudiendo no obstante encontrarse puntos ó territorios hiperhemiados en las lipemanías parciales.

Hemos hecho notar aunque de paso, el rol de la herencia en la produccion de los fenómenos que acabamos de analizar, i ahora es oportuno preguntarnos, si estos trastornos que tienen su cuna en una predisposicion particular

i en un estado especial de la circulacion jeneral, pueden hacerse estensivos ó repercutir sobre la cubierta ósea de los centros nerviosos.

Hemos anotado todo cuanto puede servirnos para nuestras apreciaciones. Hemos enumerado las alteraciones físicas del hábito esterior i anatómicas de los órganos, en sus más ámplios detalles, i el conocimiento i estudio de aquellos hechos, nos ha conducido á interrogar tambien al tejido óseo tan vital como los demás i que debe obedecer por consiguiente á las alteraciones jenerales de la organizacion.

La coexistencia de estados diversos en su manifestacion en un mismo individuo; la frecuencia de fenómenos de depresion i exaltacion, la locura circular ó de doble forma, en una palabra, no desvirtua nuestras presunciones, por que en la mayoría de los casos la hemos encontrado con predominio de uno de los estados particulares. La esplicacion de este hecho se desprende del estudio de las alteraciones anatómicas que hemos anotado.

De aquí que no hagamos un capítulo aparte, un estudio particular de esta forma de psicósis tan perfectamente analizada i conocida hoi. Ello importaría entrar en repeticiones inútiles i sin ningun resultado práctico.

Todos los signos enumerados en los lipemaníacos nos demuestran, que en la mayor parte de los casos la enfermedad tiene su oríjen mui remoto. Recordemos uno solo de esos signos, la desigualdad de peso i volúmen entre ambos hemisferios, por ejemplo, i reflexionemos si tal fenómeno no está ligado positivamente á alteraciones nutritivas del organismo que han venido preparando su resultado, desde mucho tiempo atrás.

No habrá pues motivo para suponer que determinados elementos anatómicos, pudieran escapar á las influencias jenerales i que el tejido óseo habría de seguir su curso normal de desarrollo en medio del desequilibrio orgánico profundo.

Se dirá tal vez que la esplosion de la enfermedad se hace despues de terminada la evolucion orgánica de desarrollo, pero tengamos presente que las personalidades que nos ocupan, se manifiestan desde mui temprano con ese carácter apacible i frio, con esa debilidad de espíritu característica, que demuestra á cada paso la insuficiencia nutritiva de los elementos nerviosos de que aquel dispone para manifestarse.

La predisposicion existe pues, no obstante la época de aparicion de los trastornos psíquicos i es esa predisposicion, ese sello particular el que se encarga de imprimir caractéres tambien particulares á los elementos anatómicos en jeneral.

Dejemos empero las conjeturas más ó ménos lójicas i consultemos lo que nos dicen los modelos adjuntos, sobre la forma de la cabeza en los individuos lipemaníacos.

LÁMINA XXXIV

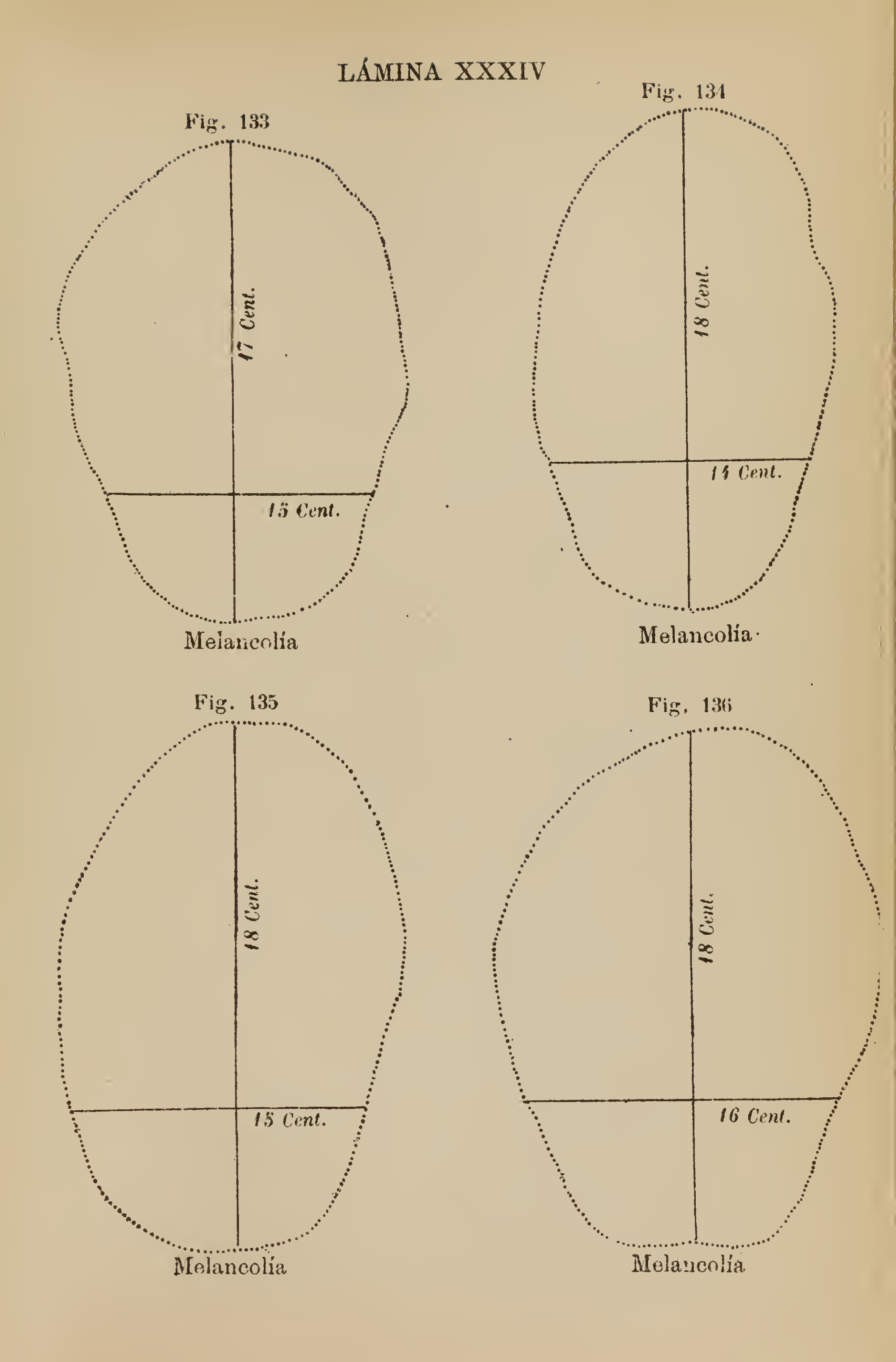
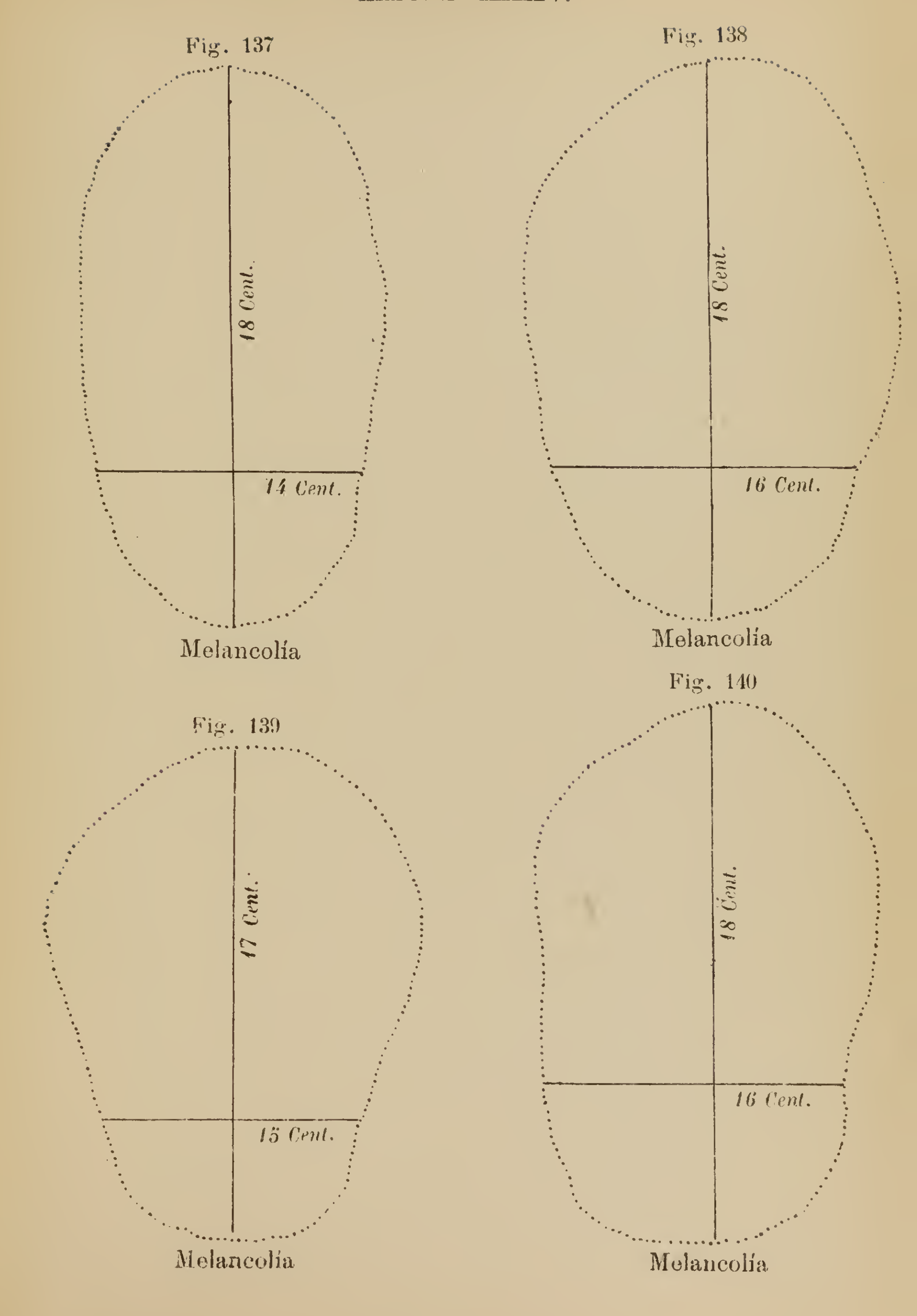




LÁMINA XXXV.



Melancolía

Melancolía

Melancolía

Melancolía



LÁMINA XXXVI.

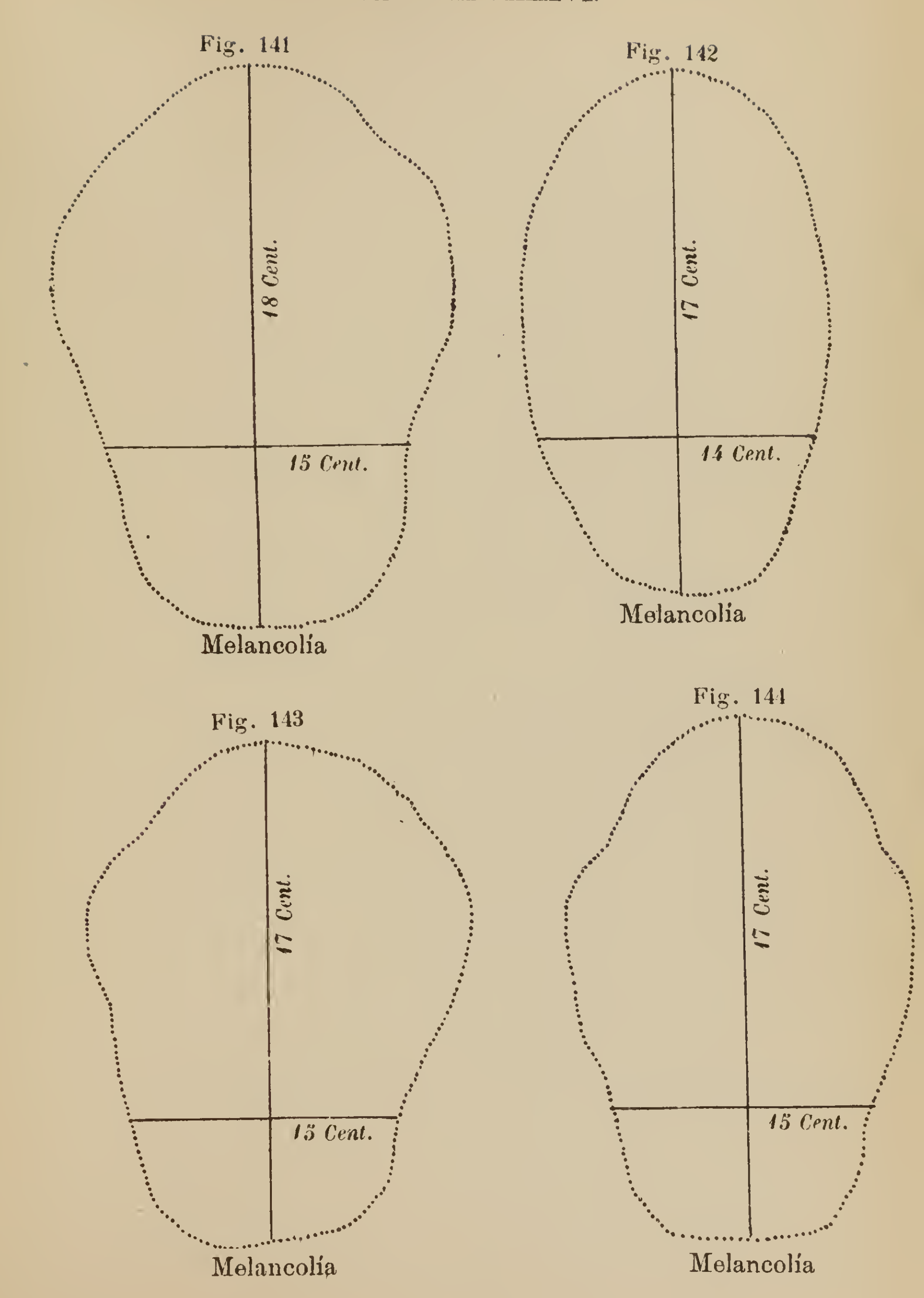
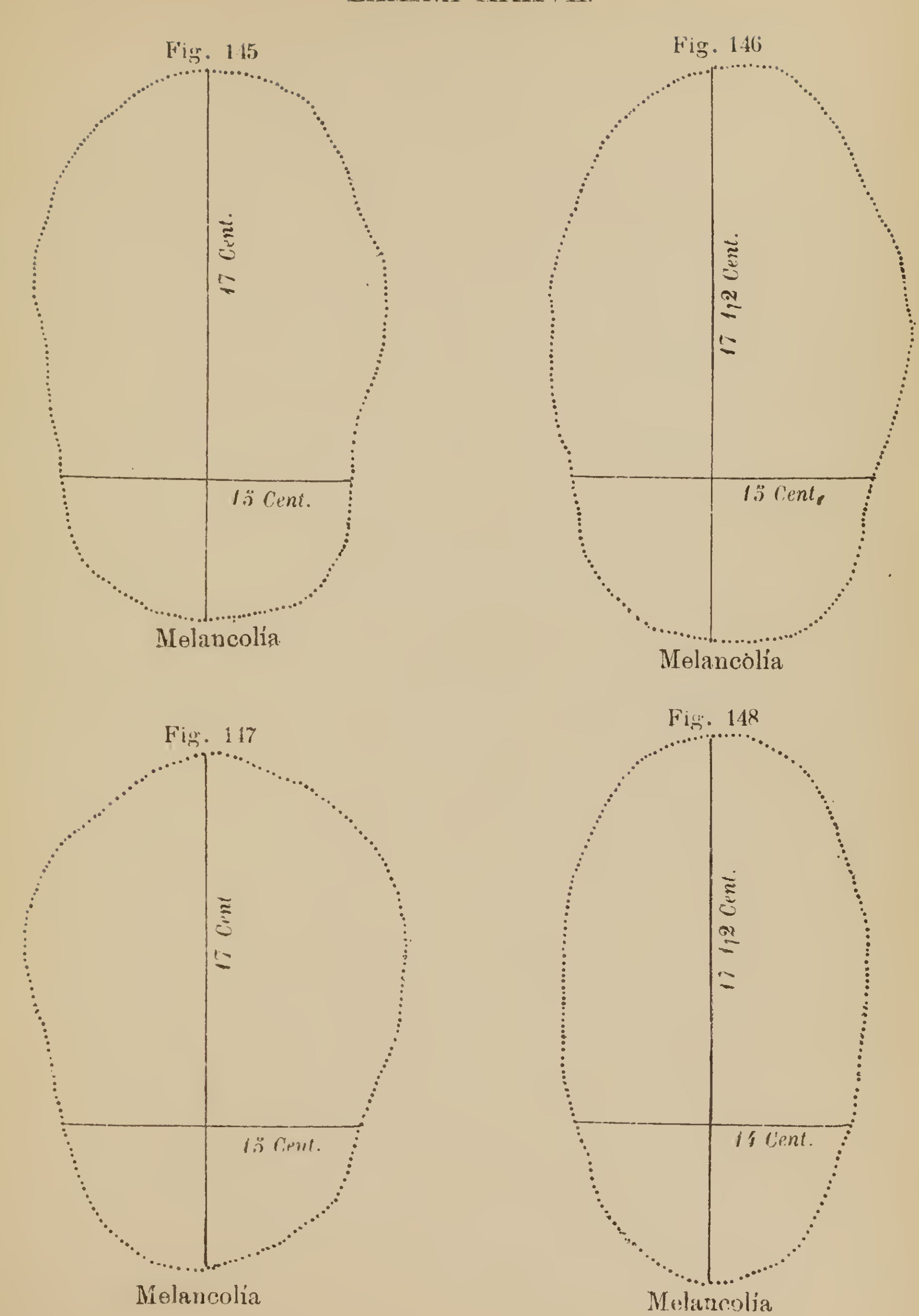




LÁMINA XXXVII.





CAPITULO X.

Locuras por intoxicacion i por diátesis

A título de complemento debemos ocuparnos todavía de la locura alcohólica, reumatismal, sifilítica, puerperal, &., &.

No porque creamos evidentemente que estas formas de psicopaticas puedan tener algun carácter distintivo de los que hemos tratado de describir para las otras psicósis. Pues que, siendo estos estados adquiridos i que dependen de la determinada voluntad del hombre, no debemos suponer que sean ellos capaces de acarrear modificaciones ó imprimir un sello particular á los elementos anatómicos, ménos aún al reservorio de los elementos nerviosos.

Con todo, como estos estados se esteriorizan por signos ó alteraciones manifiestas por parte del sistema nervioso, siempre que se ha tenido ocasion de practicar necrópcias en los individuos que han sucumbido bajo su imperio, i como por otra parte, tenemos entre nuestras observaciones algunos tipos pertenecientes á esta categoría, hemos determinado hacer el estudio de ellos, analizando

los trastornos anátomo-patológicos que se encuentran, i colocando ála vez algunas formas craneanas.

Empecemos por el *alcoholismo* haciendo á un lado la forma aguda de éste i considerándolo solo bajo su faz crónica.

Como en los casos anteriores tampoco haremos aquí la descripcion de los ataques tan variados de alienacion á que puede dar lugar esta intoxicacion. Iremos directamente al estudio de las lesiones anatómicas i de los signos que las exteriorizan.

Las alteraciones por parte de los órganos de la economía que no sean los elementos nerviosos, son por demás averiguadas. La dejeneracion progresiva que el alcohol determina sobre los elementos anatómicos, es un hecho constatado. Pero, ¿encuéntranse los mismos trastornos por parte del sistema nervioso central?

La cuestion ha sido mui debatida i lo es hasta en nuestros dias, creyendo unos que no queda huella alguna del paso del alcohol, i opinando otros, que determinan cierto órden de alteraciones.

Desde luego sabemos que existe un hecho innegable: que cuando se practica una autópsia á un individuo alcoholista i se ponen á descubierto sus centros nerviosos, se nota en éstos á primera vista, que se pasan en su trama trastornos circulatorios bastante apreciables. Unas veces es la conjestion del cerebro la que se muestra con todos sus caracteres, i otras por el contrario, es la anémia, caracterizada por la decoloracion i palidez extrema de la sustancia nerviosa.

Cualquiera de estos dos estados es suficientemente ca-

paz de determinar trastornos profundos, i despues de los estudios de Schulinus no se puede negar que el alcohol acarrea por lo ménos una alteracion química del contenido mismo de las células nerviosas. De otro modo no serían esplicables las manifestaciones psicopáticas del alcoholismo crónico.

A la perversion de los sentimientos morales, á las aberraciones de la voluntad, que se hace vacilante, incierta i aun nula, á las alteraciones de la memoria, &, vienen á agregarse casi inevitablemente el vértigo, la cefalalgia i el insomnio persistente, demostrando todo éste cuadro la alteracion profunda del sistema nervioso. Que el alcohol tiene una afinidad especial por este sistema, lo han demostrado suficientemente los estudios de Percy Carpenter, quienes han llegado á concluir que este ajente debe modificar las propiedades físicas i químicas del tejido cerebral, determinando los trastornos funcionales consiguientes.

No son pues esclusivamente alteraciones circulatorias las que tienen lugar, sinó que, á causa de esas conjestiones ó irritaciones repetidas, se produce luego la dejeneracion granulosa ó grasosa del tejido cerebral, jeneralmente más marcada hácia las rejiones corticales.

Peters que ha estudiado cuidadosamente las lesiones necropáticas en los sujetos muertos á causa de los exesos alcohólicos, dice que en ellos existe invariablemente más ó ménos conjestion del prericráneo i de las meninges, con efusion considerable de serosidad subaracnoídea, miéntras que la sustancia cerebral se hallaría estraordinariamente blanca i densa, como si hubiera sido macerada en el al-

cohol, durante una hora ó dos, presentándose á la lente, sembrada de puntos rojos más marcados que de ordinario.

Son los ganglios de la sustancia gris del cerebro que son los primeros atacados, de allí viene la rápida esplosion de la exitacion psíquica. Más tarde la influencia del alcohol se hace sentir sobre el cerebelo, de allí incoordinacion de los movimientos; despues, sobre la médula oblongada, de allí las alteraciones de la respiracion; i por último sobre la médula espinal; de donde resulta el obstáculo opuesto á la propagacion de las exitaciones motrices i sensibles. (Nothnagel.)

Las membranas de cubierta de los centros nerviosos, así como los espacios que éstas limitan en el interior de la masa encefálica misma, no permanecen ajenos á estas alteraciones.

Las meninges están conjestionadas á tal punto que en muchos casos suelen encontrarse los signos evidentes de una paquimeninjitis, i en muchos individuos un espesamiento opalino de la pia-madre i de la aracnoides.

Tampoco es raro encontrar adherencias por parte de la pia-madre á la sustancia misma del cerebro. Recordemos que ya hemos tenido ocasion de observar estas adherencias en otros procesos crónicos, como la demencia i parálisis jeneral, í en este caso i para distinguirlas de ésta última cuyos puntos de contacto son idénticos, no queda más recurso, que su frecuencia infinitamente menor en la enfermedad que nos ocupa, recurso por cierto de mui escaso valor.

El espacio subaracnoideo i los ventrículos por su parte,

se encuentran llenos de una abundante serosidad que parece destinada á llenar el vacio, que la atrófia cerebral determina.

El elemento vascular de la trama de los elementos nerviosos sufre igualmente i tal vez en mayor grado que las otras partes, las alteraciones dejenerativas, encontrándose las arterias en un estado ateromatoso mui manifiesto. De aquí esas hemorrájias frecuentes de que son víctimas los alcohólicos, de aquí tambien ese reblandecimiento cerebral i espinal, que se encuentra muchas veces en diferentes puntos de esos elementos.

Todos éstos trastornos no afectan por lo demás, relacion alguna con la cubierta ósea de los centros censoriales en cuanto á la forma ó dimensiones de ella, como puede comprobarse inspeccionando nuestros modelos en los que se pueden notar las formas craneanas mas regulares. Se encuentra sin embargo tambien alteraciones nutritivas por parte de los huesos del cráneo.

Otra forma de intoxicacion ó envenamiento crónico que determina alteraciones pricopáticas mui variadas, es la *saturnina.*

Si bien en estos casos las alteraciones anátomo-patológicas no son tan conocidas como en el alcoholismo, tal vez por la menor frecuencia del padecimiento en cuestion, no por ello dejan de haberse anotado algunas observaciones.

Nosotros no conocemos ningun hecho práctico i ni poseemos por consiguiente ningun modelo que pertenesca á ésta alteracion. No obstante es preciso conocer los tras-

tornos que el saturnino acarrea en los elementos nerviosos para poder por lo ménos, establecer analogías i comparaciones entre la manifestacion pricopática de éstos trastornos i las de otros estados neuropáticos.

La forma maníaca sabemos que es la que más habitualmente traduce los efectos de la accion del plomo sobre los elementos nerviosos. Se ha dicho tambien á éste respecto, que el metal plúmbico no atacaba directamente los centros censoriales i que su efecto no era sinó de presencia en la trama íntima de aquellos.

Pero estudios ulteriores más profundos, i algunas autopsias practicadas en individuos muertos bajo el imperio de un acceso maníaco de orígen saturnino, han venido á demostrar que se pasan evidentemente trastornos estructurales en los elementos nerviosos.

No podrian por otra parte ser referidos á simples cambios en las condiciones funcionales, esas alteraciones de la sensibilidad i la motilidad que observamos en la intoxicacion por el plomo. La cefalalgía, el insomnio, las alteraciones por parte de los sentidos especiales etc., deben responder evidentemente á modificaciones reales de los centros encargados de esas funciones afectadas.

Como hemos visto para los alcohólicos, las alteraciones físicas determinantes de la pérdida de la voluntad, asi tambien encontramos éstas, produciendo idéntico fenómeno en el saturnismo.

¿Cuales son entre tanto las lesiones físicas de éste estado de intoxicacion.

Las lesiones anatómicas de la encefalopatía saturnina dice Martin Salon, (citado por Ball) son aún imperfecta-

tamente conocidas i no se ha avanzado mucho más en este sentido que lo que habian hecho Grisolle i Tanquerel. Dejando á un lado los casos en que la intoxicacion, probablemente superficial, no ha dejado trasos en el encéfalo, se puede decir que la lesion más comun, es una especie de hipertrófia aparente. Las circonvoluciones están adosadas las unas á las otras; son duras i resistentes, i los surcos están casi disipados, de suerte que la superficie de los hemisferios se halla casi unida. El cerebro presenta un tinte icteroide, la pulpa cerebral está exangüe: en fin, salvo en los casos de reblandecimiento circunscripto, la sustancia del cerebro se parece á la de una pasta de malvavisco. La capacidad de las cavidades ventriculares está disminuida i no encierran nada de serosidad.

Como vemos, las cosas se pasan aquí casi puede decirse de una manera inversa á lo que tiene lugar en el alcoholismo. En éste, la atrófia jeneral, la profundidad de los surcos, la presencia de abundante serosidad, etc., constituyen las lesiones principales; en el saturnismo al contrario, la hipertrófia, la desaparicion de los surcos i la sequedad, son las lesiones más frecuentemente encontradas.

Que la accion del plomo es llevada mui directamente sobre el elemento vascular interrumpiendo el libre i perfecto funcionamiento de los vasos, nos lo demuestran claramente los caracteres de la sustancia cerebral, que se muestra al corte con una palidez notable de la sustancia gris, á tal punto que hace difícil distinguir ésta de la sustancia blanca.

Sabemos que el saturnismo dá lugar entre otros fenómenos mórbidos á la parálisis, i los estudios prolijos de Devouges nos han acarreado el conocimiento de las lesiones más comunmente encontradas en semejantes casos.

Aquel autor ha comprobado sobre todo, las adherencias que unen los hemisferios entre sí i con las meninges, encontrándose igualmente aquellas por parte de la base del cerebro á la dura-madre. El reblandecimiento de la sustancia cerebral se encuentra con no poca frecuencia, asi como, la presencia de neoformaciones ó falsas membranas por parte de la dura madre.

Apesar de todo lo que llevamos dicho, el estudio de las alteraciones producidas por la intoxicacion plúmbica, tiene aún mucho terreno que abarcar, i más que todo en lo que se refiere á los estados psicopáticos que ella puede ocasionar. Se ha adelantado bastante hasta nuestros dias desde las primeras investigaciones de Stoll, i es de esperarse que en adelante nuevos datos vengan á enriquecer é ilustrar la cuestion.

Otra forma de locura sobre la cual debemos aún fijar nuestra atencion, es la locura *puerperal*.

Aunque las lesiones físicas de este estado psicopático hayan sido puestas en duda por autoridades competentes; aunque las dificultades de su estudio por la poca frecuencia con que se presenta la ocasion de practicar autópsias no permitan fijar hechos bien seguros; á pesar de todo, bueno es anotar lo que la ciencia posee hasta hoi sobre esta materia.

Los autores ingleses i alemanes afirman la existencia

de lesiones físicas, pertenecientes al órden de trastornos orijinados por accesos conjestivos. Asi pues indican ellos, la bascularizacion exajerada del cerebro, el aumento de la serosidad, las opacidades de la aracnoides, i por último la disminucion de consistencia del tejido cerebral mismo.

Voisin, apesar de la opinion contraria de sus colegas en Francia, se declara partidario de las ideas inglesas, en los casos dice, en que la enfermedad es de naturaleza conjestiva, apoyando su opinion en gran número de autópsias.

Nosotros creemos útil reproducir aqui el resultado de las investigaciones de Voisin, asi es que vamos á permitirnos trascribir, uno ó dos de los casos mencionados por este autor.

Ante todo dice el mismo, que es menester guardarse bien de afirmar el estado sano de un cerebro, aún cuando el aspecto necroscópico no revele ninguna lesion, ni como tinte, ni como consistencia: se debe siempre recurrir al exámen histológico i no apresurarse jamás á clasificar una locura, de la que no se ha hecho el exámen necro-microscópico.

No haremos nosotros la historia detallada de los casos á que nos referimos, sinó que iremos directamente al resultado de las autópsias practicadas en ellos.

Un primer caso se refiere á una mujer atacada de manía religiosa, despues de tres partos sucesivos i que murió poco despues del último acceso de locura, de una enfermedad intercurrente.

« La autópsia demostró un punteado rojo en muchos territorios i una hiperhemia considerable de las capas ópticas i de todas las porciones cerebralas. Las circunvo-

luciones parietales ofrecían masas gránulo-grasosas i pigmento en las vainas perivasculares. Las capas ópticas encerraban igualmente masas grasosas con gotitas de grasa libre.

En suma, estas lesiones eran bastante notables, al lado de las circunvoluciones frontales que estaban sanas, así como el resto del cerebro. »

Otro caso se refiere á una primipara atacada de locura puerperal, quínce dias despues del parto. La autópsia demostró:

« Por parte de la médula espinal, una inyeccion notable de las meninges posteriores i nada de notable á la vista, en los diferentes cortes practicados en la sustancia nerviosa medular.

Por parte del encéfalo, inyeccion considerable de las meninges cerebrales; sufusiones equimóticas, tanto en la base como en la superficie del cerebro. Una equimosis bastante grande en el surco de separacion de la primera frontal derecha con la segunda.

La inyeccion es más fuerte á los dos lados, al nivel de los lóbulos frontales. Apariencia normal de los vasos nervios de la base. Conformacion normal de las circonvoluciones cerebrales, del cerebelo, la protuberancia el bulbo.

Nada de espesamiento de las meninges de la base al nivel de los lóbulos orbitarios, de los temporales, protuberancia, búlbo, etc. Las meninges encierran vasos ateromatosos; son finas i no adhieren absolutamente á la sustancia cortical.

Las circonvoluciones son bien hechas: sus pliegues i sinuosidades son normales.

Por cortes perpendiculares se constata una inyeccion considerable de todos los vasos capilares, aún los más pequeños, presentando muchos de ellos dilataciones de trecho en trecho.

Los ventrículos laterales i el cuarto, no ofrecen nada de particular.

Inyeccion notable de las capas ópticas.

Al exámen microscópico: partes de la sustancia cortical de todas las circonvoluciones frontales, presentan una inyeccion considerable de los más pequeños vasos; los capilares más finos están obstruidos por glóbulos i materia colorante de la sangre. La ematosina está derramada en la sustancia intermediaria.»

De estos hechos se desprende fácilmente que las lesiones anatómicas de la locura puerperal, no son constantes i cuando existen, son suceptibles de variar hasta el estremo.

Se desprende igualmente que, las alteraciones encontradas responden á estados anormales pasajeros de la circulacion, hecho que está por demás en relacion con las formas psicopáticas de que las púerperas son víctimas, que son, como sabemos, la manía i la melancolía.

Nosotros hemos tenido ocasion de observar en el Instituto Frenopático de esta ciudad, un caso típico de locura puerperal, pero cuya histôria no detallamos por que felizmente no tuvimos la oportunidad de practicar la autópsia en esta enferma, i por consiguiente, nada podriamos decir de las alteraciones anátomo-patológícas.

Debe ocuparnos ahora, una forma, sonó más común,

por lo menos mejor caracterizada que la anterior, i és el estado psicopático, enjendrado por la diátesis *reumatismal.*

La influencia del reumatismo sobre los elementos nerviosos es un hecho que nadie puede poner hoi en duda, apesar de haber sido por tanto tiempo negado. El cerebro no escapa á esa movilidad exajerada de la diátesis que no respeta ni los órganos más nobles de la economía, como el corazon, por ejemplo. Cae tambien aquel á su vez i con no escasa frecuencia, bajo el imperio de la accion mórbida de eso que llamamos diátesis reumática.

Una vez atacados los elementos censoriales, los trastornos intelectuales son su consecuencia directa.

Estudiados por primera vez por Lauret en 1845, los fenómenos que se presentan en estos casos, fueron más tarde ampliados i enriquecidos notablemente por Mesnet á quien se atribuye hasta cierto punto haber creado la enfermedad. Despues de estos autores, muchos otros se han ocupado de ella i hoi forma parte de los estados psicopáticos bien definidos.

No vamos á describir las formas del delirio reumatimal, contentándonos con mencionar que, los rasgos depresivos, el debilitamiento de espíritu, en una palabra, la lipemanía, dominan la escena en la mayoría de los casos. Pasaremos pues directamente al estudio de los trastornos anátomo-patológicos.

Para Ball, las lesiones anatómicas de la locura reumatismal, en el período crónico de la diátesis más que todo, ni son constantes ni tienen ninguna significacion. Aquel autor se expresa así al hablar de ellas.

Estamos obligados á reconocer, dice, que en la mayoría de los casos no se encuentra ninguna lesion aparente, i que aún en los casos en que las lesiones han sido notadas, el cerebro estaba casi siempre sano. Existe una efu-cion serosa en la cavidad aracnoídea i en los ventrículos laterales; pero, no se encuentran casi nunca las lesiones conjestivas, que caracterizan las formas agudas del reumatismo cerebral, sea á causa de la menor intensidad de la enfermedad, ó sea más bien, por que estas lesiones efímeras han tenido tiempo de disiparse. Es menester pues reconocer, que la anatomía patológica es aquí casi completamente muerta, i es solamente aproximando la locura reumatismal á otras formas de reumatismo cerebral que se pueden presentir en cierto modo las alteraciones materiales que presiden á su manifestacion. (1)

Dá pues este autor, mayor importancia á las formas agudas que á las crónicas, en cuanto á la posibilidad de encontrar lesiones físicas; pero, sin embargo, supone ó acepta la existencia de éstas en el último caso, suponiéndolas efímeras i con el tiempo suficiente para disiparse.

De otro modo no podrían esplicarse los trastornos tan variados que se observan en la esfera psíquico-motriz, i por lo demás, el hecho de no encontrarse lesiones en la autópsia no autoriza en manera alguna á negar su existencia, como ya lo hemos repetido muchas veces.

Anotemos ahora i para que nos sirva de termino de

(1) Ball. Malcdías mentales p. 566.

comparacion, el resultado de una necrópsia practicada en un caso de reumatismo, que tomamos de Voisin.

Despues de la abertura del cráneo, se apercibe la dura-madre de color violáceo; sus vasos están prominentes á ambos lados i al traves de la dura-madre se ven placas violáceas separadas por espacios blancos de un centímetro más ó ménos: ellas son producidas por una lijera capa de sangre líquida que se ha derramado en la gran cavidad aracnoidea, i precisamente en los puntos correspondientes á los surcos de separacion de las circunvoluciones.

Hácia el lado izquierdo, la cara visceral de la dura-madre presenta en toda su estension numerosas arborizaciones, pero nada de exudados.

La pía-madre está considerablemente inyectada, principalmente al nivel de los surcos. En muchas partes correspondientes á éstas i á la sisura de Rolando en particular, existe entre la aracnoides i la pía-madre, una serosidad clara en una extension de dos centímetros á lo ancho i uno á lo largo. La trasparencia de las membranas, es en este punto totalmente disminuida, así como tambien, en diferentes puntos superpuestos á los surcos. La pía-madre que tapiza el espacio interpeduncular, está mui inyectada i mui roja.

En la superficie convexa del hemisferio izquierdo, se ven en la cara visceral de la araconoides muchas manchas pequeñas blanquecinas ú opalinas i fáciles de desprender. No se encuentran adherencias entre la pía-madre i la sustancia gris.

Al lado derecho, la gran cavidad aracnoídea encierra

casi la misma cantidad de serosidad sanguinolenta que al izquierdo. La parte más ántero-posterior del hemísferio, la que corresponde á la primera, segunda i tercera circonvolucion frontal superiores, presenta un tinte rojo, constituido por una cierta cantidad de sangre líquida derramada entre la aracnoides i la pia-madre, i entre las mallas de ésta. La porcion de sustancia gris que está en relacion con éste equímosis meningeo, no es neta ni liza en su superficie, i es de un color rojizo que no desaparece por el lavaje.

En las rejiones occípito-parietales izquierdas i derechas las meninges son tambien de un tinte rojizo que no impide absolutamente la trasparencia i que no desaparece sinó por el lavaje.

En la rejion occipital izquierda i occípito-parietal derecha, la sustancia gris está roja i presenta puntos mui abundantes. En ninguna parte de la sustancia gris ni de la sustancia blanca se encuentran trasos del menor reblandecimiento; por el contrario, es de notar que cinco dias despues de la autópsia i treinta i seis horas despues de la muerte, la pulpa cerebral ha conservado una dureza i resistencia notable.

La bandeleta óptica derecha está roja en su parte mas posterior. Los cuerpos granulados externo é interno derechos, presentan en su superficie un gran número de puntos rojos. Nada de particular en el espesor de los cuerpos granulados de las capas ópticas.

La dura madre espinal está un poco arborizada; despues de incindirla se derrama en su porcion lumbrar un

líquido claro. Nada de particular en la aracnoides i la pia-madre espinal ni en la sustancia medular misma. (1)

Continúa la enumeracion de las alteraciones encontradas en la autópsia por parte de otras vísceras, como el corazon, hígado i pulmones; pero, para nuestro objeto, nos basta con haber mencionado las que existen por parte del sistema nervioso.

De ello se desprende facilmente que el proceso conjestivo es el único que juega un rol verdaderamente determinado i que las alteraciones por parte de los centros censoriales son tributarias de aquel proceso solamente.

Se comprende pues, que siendo la conjestion un fenómeno transitorio los efectos determinados por ella, en el órden intelectual, deben ser igualmente pasajeros i no constituirse en aberracion psíquica, miéntras que los trastornos ocasionados por aquella no se hagan persistentes i duraderos.

De aquí tambien que varíe la forma de manifestacion psicopática, encontrándose en el período agudo los accesos de manía con ideas delirantes i alucinaciones por parte de los sentidos del oído, vista, &., miéntras que, en la forma crónica del reumatismo, cuando ya ha determinado alteraciones vasculares que dificultan la nutricion, entónces son las modificaciones depresivas del caracter las que dominan la escena, depresiones que, pueden ir hasta la melancolía subaguda i aún hasta la melancolía con estupor.

(1) Voisin. Maladies mentales. q. 275.

Cuanto hemos dicho de la locura reumatismal puede aplicarse á los trastornos intelectuales que la diátesis gotosa determina: así pues, nos escusamos de tratar ésta en sus detalles, pasando á ocuparnos de la diátesis tuberculosa.

La locura *tuberculosa* parece hoi entrar en el cuadro de los estados psicopáticos caracterizados por manifestaciones propias al padecimiento que las enjendra.

Los autores ingleses principalmente han tratado de describir los rasgos i signos principales que segun ellos, hacen de las alteraciones de la intelijencia en los tísicos una forma particular de locura. Es así que Clouston vá hasta pretender que el solo estudio de las alteraciones psíquicas de los tuberculosos, permitiría establecer el diagnóstico de la enfermedad.

Pero, en ésta como en las formas ya estudiadas, encontraremos, es verdad, algunas alteraciones físicas por parte de los centros nerviosos que acarrean los trastornos en la esfera intelectual; más, éstas alteraciones, son igualmente variables dando lugar por consiguiente á diferentes formas de psicósis, en nada peculiares al padecimiento en cuestion.

La manía, la melancolía, el delirio de las persecuciones, &., pueden presentarse á nuestra observacion en los diferentes casos de tuberculósis i aún en el mismo individuo, segun que el proceso patológico determine estados conjestivos ó anémicos por parte del cerebro, i más que todo, segun la predisposicion individual, favorable ó contraria á los trastornos psicopáticos.

A pesar de todo, se ha creido encontrar cierto caracter especial en la evolucion de la enfermedad i en las condiciones de espíritu de los tuberculosos. Se ha señalado una especie de pereza intelectual, con aversion profunda al trabajo i horror al movimiento, fenómenos que serían própios del período crónico de la enfermedad. Este estado iría acentuándose poco á poco hasta acarrear los signos de la demencia, interrumpidos de vez en cuando por períodos lucidos, por relámpagos de la intelijencia en medio de la oscuridad habitual, como dice Ball.

Sin embargo de esto, la mayoría de los autores están de acuerdo, en que la expresion del delirio está lejos de tener un tipo especial para los tuberculosos.

Veamos empero los trastornos que se han enumerado por parte del sistema nervioso central, prescindiendo por consiguiente de las lesiones físicas que caracterizan el estado jeneral como el adelgasamiento, falta de apetito, debilidad, pulso, &.

Segun Schüle se encuentra en muchos tísicos una hiperhemia venosa de los meninges, con anémia de la sustancia cortical sub-yacente. El cerebro está pálido i edematoso, i presenta por placas, una vascularizacion irregular. Al microscópio se constata la infiltracion grasora i la ruptura de algunas células corticales.

Un hecho más importante ha sido señalado por Clouston i que consiste en la gran disminucion del peso específico de la sustancia gris. En suma, se trata de un cerebro pobre, anémico, mal nutrido, i en condiciones mui favorables, en los sujetos predispuestos, para determinar la locura. (Ball).

No existe evidentemente fuera de estas condiciones anormales de nutricion, nada característico en la psicósis tuberculosa i ménos por consiguiente debe exteriorizarse esta por alteraciones morfolójícas de ningun jénero. Obedece ella á la regla jeneral de las psicopatías adquiridas, una vez terminado el desarrollo orgánico, cuando ya no es posible imprimir á los órganos caracteres especiales.

Nosotros no hemos tenido ocasion de observar ningun caso de este jénero, i ni tampoco figura por lo tanto en nuestras láminas, ningun modelo de cabeza perteneciente á estas personalidades.

Hai un otro estado de trastorno psíquico que merece dedicarle algun estudio: tal es, la locura *sifilítica*.

Nadie puede desconocer la trascendencia i el rol tan importante que las lesiones físicas en jeneral, están llamadas á desempeñar en el diagnóstico de las alteraciones psíquicas del sifilítico, con algunas otras formas de alienacion, i sobre todo, con la parálisis jeneral, cuyos puntos de contacto son tan íntimos.

No necesitaríamos seguramente hacer la descripcion de las manifestaciones psíquicas de la sífilis cerebral; pero, á fin de hacer resaltar los puntos de contacto de esta con la parálisis jeneral, i más que todo, para poner de relieve la poca utilidad, ó mejor dicho, la insuficiencia de aquellas para formular el diagnóstico, nos induce á detallar por lo ménos, algunos de sus caracteres principales.

La forma del delirio sifilítico que afecta por lo jeneral un carácter depresivo, una especie de entorpecimiento de la intelijencia, que hace progresos lentos pero evidentes; el

debilitamiento de la memoria que acaba por trasformarse en melancolía confirmada; la marcha inversa que estos fenómenos pueden seguir, constituyendo la manía, las alucinaciones, el delirio furioso; i por último, la dejeneracion de todos estos caracteres, en la demencia confirmada, son puntos que aproximan, ó mejor dicho, que identifican de tal modo, los trastornos sifilíticos á los de la parálisis jeneral, que el diagnóstico se hace casi imposible sinó se atiende más que á ellos.

Wilks ha querido sin embargo encontrar un carácter distintivo particular que consistiría segun él, en la falta constante del delirio de las grandezas en los casos de sífilis cerebral, miéntras que, es para la parálisis jeneral un síntoma casi patognomónico (si es que estos existen).

Fournier opina del mismo modo i cree que no es dudoso que la parálisis jeneral pueda existir ó desarrollarse en los sujetos sifilíticos, pero que no está absolutamente demostrado que la sífilis pueda jugar el rol de causa en la forma de demencia paralítica, habiéndose tomado segun él como casos de parálisis jeneral sifilítica, lo que no era sinó una forma comun de la enfermedad, sin intervencion de la diátesis.

Esto que puede ser un hecho cuando se trata de ciertas formas de parálisis jeneral, como la espansion, con delirio de satisfaccion ó de las grandezas, pierde todo su valor en aquella forma depresiva tan comun con delirio lipemaniaco, que acaba casi siempre en el último término de la enfermedad, la demencia paralítica. Aquí los puntos de contacto son mui marcados i vienen á agregarse á los signos psíquicos otros trastornos comunes á ambos pade-

cimientos, como los ataques epileptiformes, el vértigo, que complican i dificultan doblemente la distincion de ambas enfermedades.

Resalta pues la necesidad evidente de apelar á las manifestaciones somáticas de la sífilis á fin de establecer el diagnóstico. Entre ellas tenemos, por ejemplo, un signo negativo, como es la falta de temblor de la lengua que no deja de presentarse sinó con mui raras escepciones en la parálisis jeneral.

Pero, hai caracteres más notables aún de la parálisis sifilítica pertenecientes á las manifestaciones externas ú otras, que permiten fijar el diagnóstico con más seguridad.

En primer lugar es preciso colocar las alteraciones cutáneas, óseas i ganglionares; los signos tomados del aspecto de los ojos i de la nariz, i en segundo lugar, los síntomas que indican lesiones circunscriptas en foco i que consisten en parálisis parciales durables, tales como la parálisis de un nervio motor del ojo, de un sentido; las hemiplegias, &. &. Estos últimos son casi todos característicos de la sífilis, aunque se hayan visto, mui escepcionalmente es cierto, casos de estrabismo i aún de hemiplegia en los paralítico-jenerales, síntomas que eran debidos á pequeños focos jenerales de reblandecimiento ó de hemorrájia en la protuberancia, en un cuerpo estríado ó sobre el trayecto de fibras motrices de otras partes del cerebro. (Voisin).

Hai otro síntoma aún, que este autor considera como patognomónico de la sífilis i es la cefalálgia tenaz i persistente, que ocupa siempre el mismo punto i que arranca gritos desesperantes al paciente.

Toda la importancia de estos hechos cae sin embargo por debajo de la única piedra de toque en estos casos, que es el tratamiento. Solo él puede acarrearnos el convencimiento de que tenemos por delante un parálítico-jeneral simple ó una pseudo-parálisis jeneral sifilítica.

En cuanto á las lesiones anatómicas por parte de los centros nerviosos, sabemos que constituidas estas jeneralmente por neoformaciones de caracteres variables, ocupan de preferencia las partes periféricas, siendo raro encontrarlas en las masas centrales. En el primer caso, es la dura madre i el espacio sub-aracnoideo el sitio de predileccion; en el segundo cuando existen, ocupan por lo comun la porcion gris de los ganglios centrales i el cuerpo ópto-estríado. Fuera de estas lesiones hiperplásicas circunscriptas, Fournier cree difícil, que puedan desarrollarse bajo la influencia de la sífilis otras alteraciones, como reblandecimiento ó supuracion de la sustancia nerviosa.

Puede suceder que una cárie sifilítica de los huesos del cráneo, dé lugar á una supuracion que se propague á la dura-madre i á la pulpa cerebral, ó que una alteracion de los vasos sea el punto de partida de una supuracion ó reblandecimiento. Pero, segun el análisis minucioso de los hechos á los cuales se ha librado Heubner, no se ha demostrado jamás que, fuera de estas circunstancias pueda desarrollarse una encefalítis sifilítica. (Hammond).

Desde luego, cualquiera que fueran, por otra parte los caracteres anatómicos de la sífilis cerebral del lado de los centros nerviosos, ellos no servirán sinó para establecer un diagnóstico *pos mortem*, cuya poca utilidad no escapa á nadie.

Como sabemos además, que la enfermedad que nos ocupa, colocada en la categoria de los trastornos psicopáticos adquiridos, es incapaz por sí sola de imprimir caracteres particulares á los órganos, no nos queda otro recurso, aparte del tratamiento, que investigar las alteraciones morfológicas que la parálisis jeneral puede determinar.

Se verá por nuestros modelos, que las formas craneanas pertenecientes á los sifilíticos, no ofrecen nada de particular i que mui al contrario, todas ellas son casi normalmente conformadas, ya en sus dimensiones, ya en su conjunto.

Hubiéramos podido referir algunos casos prácticos de pseudo-parálisis sifilítica i sobre todo uno mui reciente en el que el diagnóstico sólo pudo ser establecido con el concurso de uno de nuestros más hábiles oculistas el Dr. Roberts, quien había reconocido la sífilis, sólo por las alteraciones cromáticas que presentaba el individuo en sus ojos; pero, consecuentes á nuestro propósito de no detallar caso alguno, hacemos prescindencia de él como de los demás.

Hacemos abstraccion de otras formas de locuras diatésicas i por intoxicacion. como las producidas por el cáncer, la fiebre tifoidea, la pelagra, &, porque su poca frecuencia nos autoriza á ello, i más que todo, porque debemos confesar que nos son del todo desconocidas.

Daremos asi pues por terminada nuestra tarea i pasemos á anotar el resultado de nuestras investigaciones, esperando que la acojida de estas pájinas dé nuevo aliento á nuestro entusiasmo por los estudios psicopáticos.

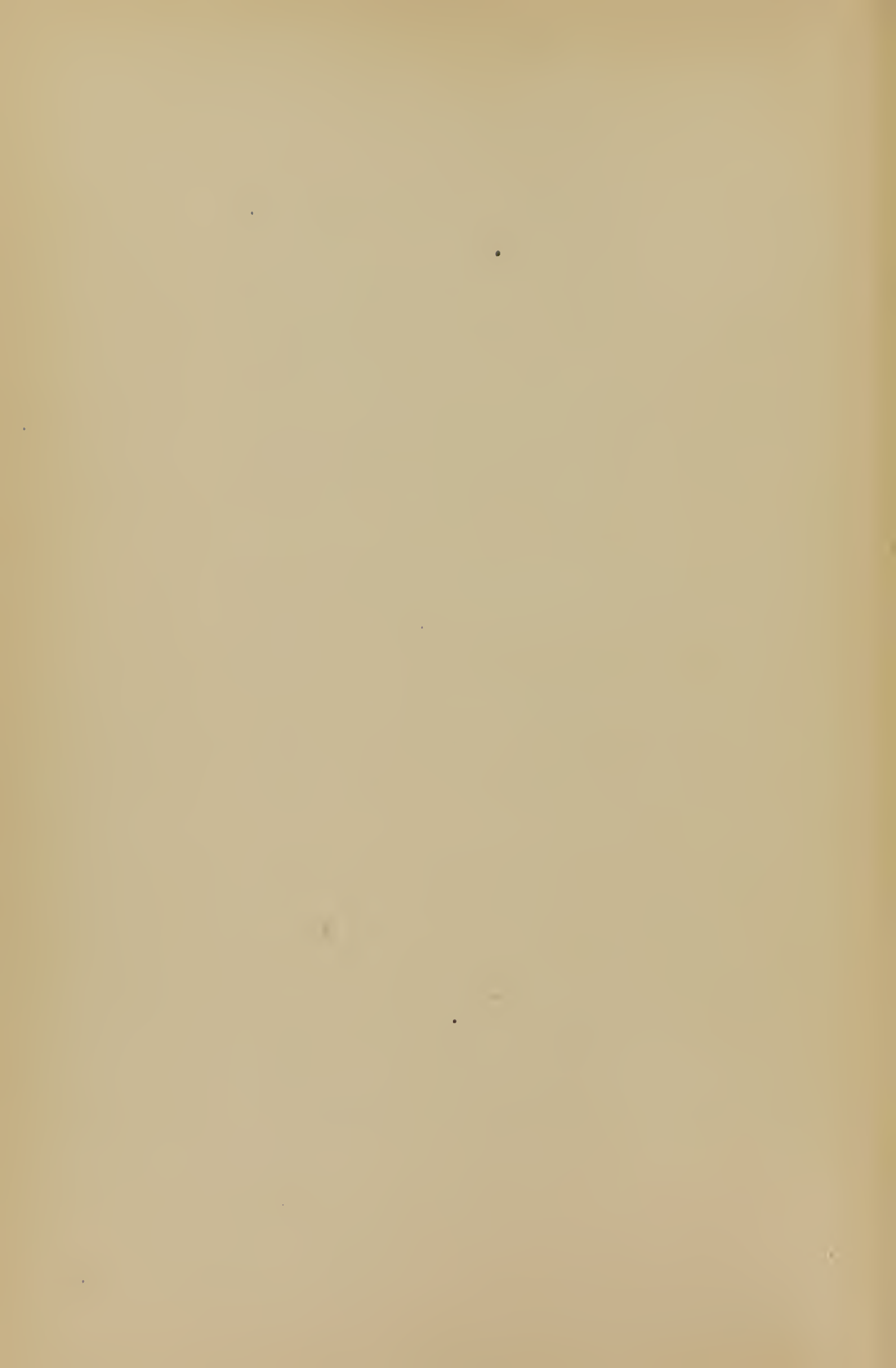


LÁMINA XXXVIII.

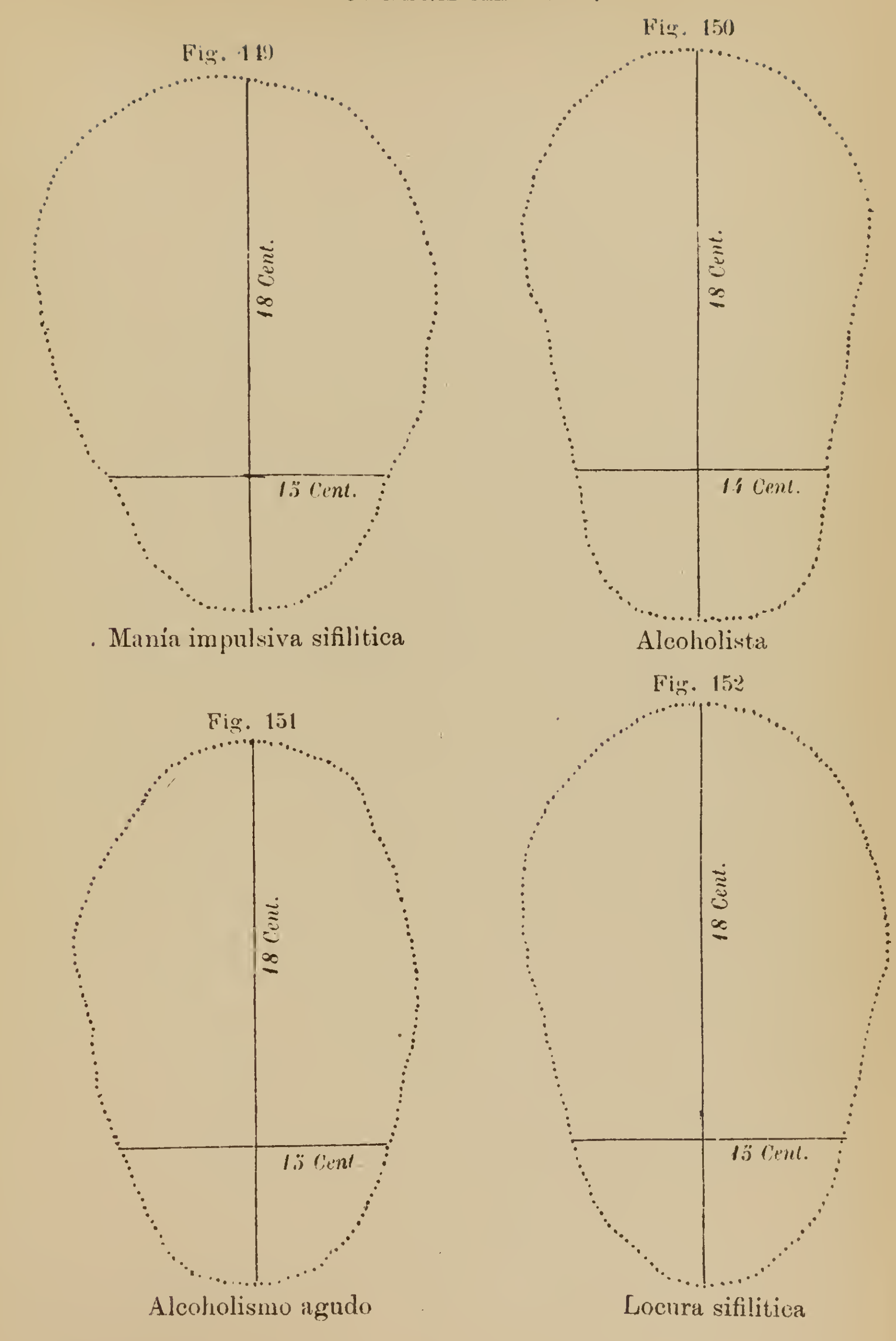


Fig. 149. Manía impulsiva sifilitica

Fig. 150. Alcoholista

Fig. 151. Alcoholismo agudo

Fig. 152. Locura sifilitica



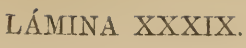


LÁMINA XXXIX.

Fig. 153

Alcoholismo crónico

Fig. 154

Locura sifilitica

Fig. 155

Alcoholismo crónico

Fig. 156

Esitacion maniaca sifilítica



CONCLUSIONES

Analizados los fenómenos, investigados los hechos prácticos i estudiadas las diferentes teorías, sobre las manifestaciones físicas i morfológicas de la locura, debemos interrogarnos ahora, qué nos es permitido concluir de nuestras observaciones, respecto á la forma del cráneo como elemento de diagnóstico.

Anotemos pues las conclusiones á que hemos podido llegar despues del paciente i prolijo estudio de medio millar de formas de cabezas, de los alienados actualmente existentes, ó mejor dicho, que han existido en esta capital desde algun tiempo atras, en que dimos principio á nuestras investigaciones al respecto.

Al esponer aquí las convicciones que ha dejado en nuestro espíritu el conocimiento de los hechos, no pretendemos por cierto imponer aquellos, como un hecho científico adquirido. Creemos sin embargo, que la observacion de un número más crecido de casos, traerá siempre elementos de comprobacion á este estudio, que hemos hecho con la carencia de los medios consiguientes; pero que á pe-

sar de todo, nos ha permitido establecer, como lo hacemos por parte de la bóveda craneana, caracteres especiales aunque no en gran número, en las diferentes formas psicopáticas.

I.

Tomada la locura en tésis jeneral, comprendiendo todas las formas de ella, puede asegurarse, segun se desprende de nuestras observaciones que, en la mayoría de los casos, existe una asimetría notable en la forma de la cabeza. Esta asimetría no se encuentra por lo demás, en las psicopatías adquiridas en cierta edad de la vida, i por voluntad determinada si asi puede decirse, como sucede en el alcoholismo, locura sifilítica, &., lo que, vendría á demostrar que es propia de las psicósis idiopáticas ó hereditarias.

En cuanto al volúmen, que comunmente se dice ser menor en los individuos alienados que en los sanos de espíritu, nosotros hemos encontrado en todas las observaciones, la más completa variedad en este sentido. Así como hemos visto cabezas jeneralmente pequeñas en los lipemaníacos, asi tambien hemos observado que, las dimensiones de ella esceden casi siempre á la normal en los maníacos; de manera que, el volúmen del cráneo pudiera servirnos de indicio de determinadas formas de psicósis, una vez averiguado éste estado en jeneral.

Los diámetros varian al par del volúmen como es consiguiente, aúnque en algunos casos hemos encontrado, el

diámetro ántero-posterior por ejemplo, bastante reducido miéntras que, la cabeza en totalidad ofrecia un volúmen respetable, representado por el predominio de los diámetros lateral i vertical.

Un otro hecho que debemos tambien tener presente en la investigacion de la locura en jeneral, es el predominio marcado que se nota en casi todas las formas, de los lóbulos látero-posteriores; aún en aquellos casos en que el volúmen de la cabeza es bastante reducido.

II

En cuanto al idiotismo i cretinismo que hemos englobado para su estudio por la analogía de ambos, á pesar de no contar con investigaciones pertinentes al segundo, en cuanto á estos padecimientos, decia, el resultado de nuestra observacion no ha sido del todo satisfactorio, por varias razones.

En primer lugar, el número de casos que hemos tenido á la vista, es por cierto bien reducido para poder formar juicio i apreciaciones exactas.

En segundo lugar, la dificultad de apreciar la forma de la cabeza en varios individuos de esta categoría, á causa de que las dimensiones tan reducidas de ella, no nos permitian sacar el modelo en el aparato, hace que nuestro elemento de comparacion sea aun doblemente reducido.

Por último, el hecho de encontrarse por parte de estos individuos los dos extremos en cuanto al volúmen del cráneo, hace difícil sinó imposible, fijar formas ó dimensiones

determinadas, pudiendo caber, como se comprende, entre estos dos extremos, todos los grados intermediarios que se quieran. La lám. V nos ofrece una prueba de esto, pues en ella encontramos desde el diámetro menor de 16 centímetros representado en la fig. 20, hasta el 22 que representa la fig. 17.

Con todo, en las formas obtenidas, puede notarse por lo menos la gran irregularidad en las líneas que forman el contorno de la cabeza, así como tambien hemos observado en jeneral un desarrollo exajerado de la protuberancia occipital, que en los modelos no está bien representada á causa de que no siempre caía el aparato sobre el vértice de aquella.

III

Refiriéndonos á la locura *hereditaria*, hemos anotado las opiniones favorables, así como contrarias, en lo que se relaciona con el valor de los signos físicos en jeneral i de la forma craneana en particular, para el diagnóstico de las diferentes psicósis.

Hemos hecho resaltar la importancia capital, la necesidad imperiosa, de buscar el mayor número de elementos posibles, á fin de poder reconocer ó predecir, fundados en los datos hereditarios, cualquiera de las alteraciones psicopáticas que pueden afectar al individuo.

Hemos lamentado por otra parte las dificultades con que hemos tropezado para averiguar, con alguna probabilidad de certeza los antecedentes de la herencia, en gran

número de casos en que, nos hubiera sido de gran utilidad poseer aquellos.

Con todo, i á pesar del reducido número, relativamente, en que hemos podido convencernos de los antecedentes hereditarios, el exámen de muchos modelos puede darnos algunos datos ó signos que no carecen de interés bajo el punto de vista práctico.

Lláma desde luego la atencion la exajerada irregularidad en la línea que forma el contorno de la cabeza de que nos ofrecen notable ejemplo las figs. 35, 36, 38, 44 i 46 que pertenecen á casos de manía las tres primeras, á un delirio de persecuciones la cuarta i á un caso de idiotismo la ultima.

Como en muchas otras figuras se notará el mismo fenómeno, debemos prevenir que, aparecen entre los diferentes modelos de este trabajo, muchos pertenecientes á locuras hereditarias, aunque estén colocados en los capítulos correspondientes á las formas psicopáticas más variadas.

Otro carácter que debemos mencionar, es la dimencion de los diámetros, que contrariamente á la opinion de algunos autores que piensan que aquellos están jeneralmente disminuidos, en nuestras observaciones se verá que, por el contrario en casi todos los modelos, los diámetros exeden á lo normal.

Cierto tambien que en su mayor número pertenecen á maniacos, en los que, como veremos luego, aquel aumento en la regla más jeneral.

En los casos de idiotismo solamente, se encuentra confirmada la opinion á que aludimos i de ello tenemos

un ejemplo en la fig. 48 de la lám. XII.—Tal vez á estos casos, en que la herencia desempeña un gran papel, es á los que se han referido los autores que han mencionado un acortamiento de los diámetros.

IV

Al ocuparnos de la *demencia* en el capítulo respectivo, no quisimos intencionalmente hacer mencion alguna de nuestras apreciaciones, respecto á las formas craneanas; porque á decir verdad, no encontramos nada que pudiera ser notable, ni aún más comun á aquella forma de psicósis.

Ni la asimetría se presenta aquí como caracter jeneral i aún inspeccionando todo el conjunto de nuestros modelos, encontramos casos tan marcados de aquella, como el que representa la fig. 51.

Es más bien un movimiento de torsion del conjunto de la cabeza, el que se muestra con mayor frecuencia, al par de un desarrollo quizá exajerado de las eminencias parietales.

Por lo demás, los diámetros oscilan siempre en la normal, encontrándose excepcionalmente algunos casos en que el ántero posterior alcanza á 20 cent. i el bitemporal á 16, como representa la fig. 57.—En cambio hemos observado en estos individuos que la extension de la circunferencia del cráneo era muchas veces considerable, habiéndola encontrado de 52 i aún 53 cent., lo que debe atribuirse al carácter que hemos mencionado respecto á las eminencias parietales.

No nos bastarían pues estos caracteres para reconocer la demencia, ni aún para suponerla.

Fundado en ellos solamente, he tratado aplicándolos á la práctica, de reconocer un tipo de demencia; i fuera de los casos en que ésta era senil i en que me guiaba más que todo por el aspecto del individuo, fuera de esos casos, casi nunca he tenido resultado.

V

.—La *parálisis jeneral*, cuya importancia se acentúa cada dia más i más, i cuyo conocimiento avanza al par de las prolijidades de ese estudio, ha preocupado mucho nuestra atencion, desde que emprendimos nuestras investigaciones.

La frecuencia de desarrollo de este padecimiento, que hemos encontrado con no poca jeneralidad en nuestros asilos, despertaba doblemente nuestro interés i hacíanos estudiar los casos que se nos presentaban bajo todos los puntos de vista que pudieran ilustrar nuestras presunciones en cuanto á la forma del cráneo. (1)

En el capítuló correspondiente hicimos notar ya, que, las dimensiones de los diferentes diámetros varían en extremo en los paralítico-jenerales, encontrándose en ellos

(1) A propósito de esta enfermedad, se ha presentado no há mucho á la Facultad de Ciencias Médicas, una tésis llena de interés i que nos ha prestado gran cooperacion en el estudio de este capítulo. Su autor el Dr. N. Ramallo, hace en ella un análisis prolijo de los caracteres de la parálisis jeneral.

hasta la cifra máximum de las que hemos observado para el diámetro ántero-posterior, i llegado igualmente á cifras exajeradas el diámetro bitemporal.

Nótase por otra parte, i esto es más importante, la irregularidad en la forma de la cabeza que, se presenta no en el conjunto mismo, si asi puede decirse, sinó parcialmente, comprometiendo sea un lado de la cabeza, sea la línea de la frente ó sea aún, la línea occipital. Esta irregularidad asienta por lo comun al lado izquierdo i de preferencia en el segmento de la cabeza que constituye la asimetría, ocasionada por la mayor ó menor separacion de la línea media, de su curva limitante.

Recordemos que esta desigualdad en ambos lados de la cabeza se presenta por parte de la sustancia nerviosa, en casi la totalidad de los casos.

El predominio de los lóbulos frontales es carácter demasiado comun para que podamos pasar por alto su mencion; así pues, no perdamos de vista éste último signo, siempre que se trate de investigar un caso de parálisis jeneral.

VI

En cuanto á la locura *epiléptica*, lo más notable que se ha presentado á nuestra observacion i que se desprende del exámen atento de los modelos, es la forma irregular hasta el estremo de la línea que corresponde á la frente del individuo. De ello nos ofrecen mui buenos ejemplos las figs. 81, 82 i 83 de la lám. XXI; 85, 86 i 88 de la lám. XXII, i 93, 95 i 96 de la lám. XXIV.

La asimetría juega tambien un gran rol en estos casos. Los diámetros varían mucho, encontrándose en pocos individuos la cifra 18 para el ántero-posterior que exede á éste número en casi la totalidad de los casos. La fig. 88 en que se vé ese diámetro descender á 17 cent. pertenece á un niño menor de quince años.

Conviene que hagamos notar aquí que en varios epilépticos de estado intelectual *aparentemente* bueno, hemos encontrado los mismos caracteres.

Esto puede atribuirse á que en estas personalidades pueden existir los trastornos correspondientes á un estado psicopático cuya explosion no se ha hecho aún sentir por haber faltado las causas determinantes de ella.

Sirve empero este dato para dar mayor importancia á los signos indicados, tratando de la simple investigacion de la epilepsia.

VII

Por parte de las *histéricas*, nada nos permite concluir nuestras observaciones por que el número de ellas es demasiado reducido para servir de base á apreciaciones más ó ménos exactas.

Con todo, puede notarse que los casos que insertamos figura tambien el carácter comun á las psicopatias en jeneral, tal es la asimetría de la cabeza.

Continuaremos empero recogiendo mayor número de datos que nos permitan juzgar con mejores elementos esta cuestion.

VIII

Las *manías* bajo sus diferentes formas son las que han suministrado el mayor contingente de nuestras observaciones. Es así que en el capítulo en que estudiamos aquellas, hemos destinado un número más crecido de modelos que sirvan de comparacion.

Mencionamos tambien entónces un hecho que no carece por cierto de importancia, i dijimos que nos había sido posible el reconocimiento de la enfermedad en muchos casos, por el solo exámen á simple vista de la cabeza de algunos individuos, hecho que atribuimos á la constancia con que habíamos observado el fenómeno que nos inducía á aquella apreciacion.

No quisimos sin embargo dar un valor absoluto á aquellos juicios que pudieran tacharse de prevenidos i colocamos tantas figuras como nos fué posible, para dar al lector mayores elementos para corroborar ó rechazar nuestra asercion.

Veamos desde luego cuál es el carácter culminante de la forma craneana de los maníacos.

Se desprende de nuestras figuras que el diámetro ántero-posterior exede siempre á la normal, siendo representado jeneralmente por las cifras 19, 20 i 21 cent. En los casos mui raros de que poseemos cuatro ó seis modelos, en que dicho diámetro desciende á 18 ½ i hasta 18, pertenecen á cabezas de mujer, en las que sabemos, es por lo comun más reducido el volúmen del cráneo.

Aquí, como en las demás formas, encontramos tambien la asimetría desempeñando su rol, aunque no con tanta frecuencia, lo que puede atribuirse á que poseemos en el conjunto de nuestros modelos, varios pertenecientes á formas maníacas adquiridas ú ocasionadas por el elemento sifilítico, alcohólico ó traumático.

Las figs. 117 i 120 de la lám. XXX, nos representan dos casos de aquellos que hemos referido, pudimos diagnosticar por el exámen á simple vista.

IX

Tenemos no menos elementos de apreciacion, por parte de los lipemaníacos, quienes nos han suministrado 87 casos de estudio, de los que, hemos podido sacar por consiguiente, fundadas conclusiones.

Se puede asegurar que en la mayoría de los individuos i sobre todo en los afectados de lipemanía con estupor, los diámetros de la cabeza alcanzan siempre una cifra inferior á la normal. Hacen excepcion á esta regla como se comprende, los casos de melancolía determinada por padecimientos adquiridos, como la sífilis, saturnismo, &.

La asimetría continúa aún haciéndose notar tambien en estos casos, como puede comprobarse por la inspeccion de casi la totalidad de las figuras que insertamos en el capítulo correspondiente.

X

Solo nos resta ocuparnos de las últimas variedades que hemos englobado en un solo capítulo, por la analo–

jía de sus trastornos físicos como por la identidad de conclusiones que pueden sacarse de cada una en particular.

Ya haciendo el análisis de los hechos, dijimos cual era la importancia de las alteraciones anátomo-patológicas en las formas psicopáticas adquiridas. Dijimos tambien que el conjunto de aquellas lesiones físicas solo podía ofrecernos signos negativos, que tenian empero la gran utilidad de hacer resaltar los positivos por parte de las psicósis que hemos llamado nativas.

Ahora despues del exámen de nuestros modelos, se puede corroborar perfectamente aquellas afirmaciones. pues las figuras que insertamos, aunque en poco número, bastan sin embargo para convencerse de la regularidad en las formas, como en las dimensiones craneanas.

Inútil tarea, sería hacer resaltar la importancia del conocimiento exacto de los hechos que hemos tratado de investigar, pues se desprende por sí misma; i no escapará á nadie que, dado el desarrollo considerable que las alteraciones mentales, toman dia á dia en Buenos-aires i en la República en jeneral, el estudio é investigacion de estos hechos debe preocuparnos de una manera séria.

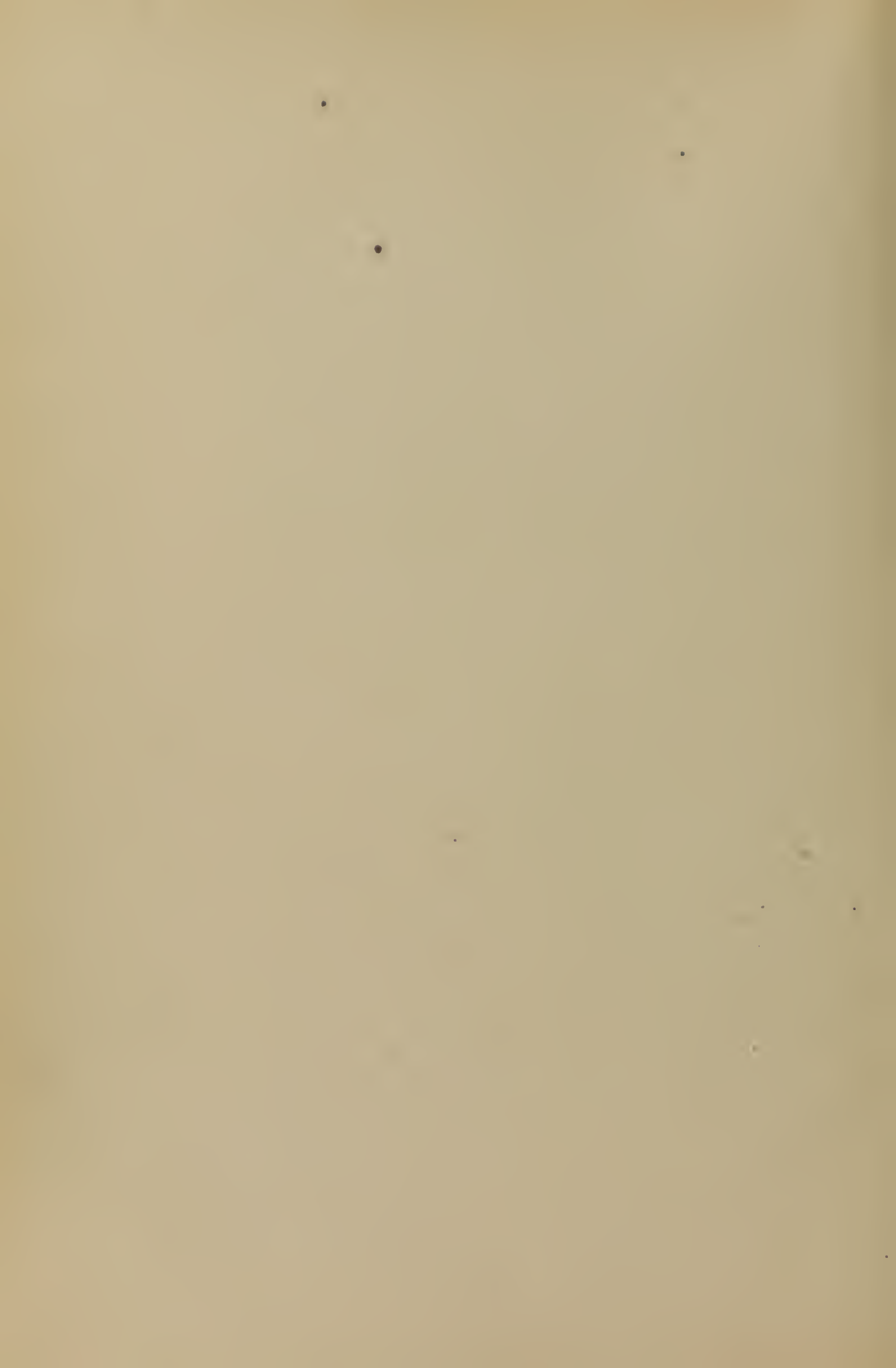
Tengamos presente que más de la mitad de los casos que hemos observado se han presentado á nuestra observacion en el breve espacio de algunos meses.

Un solo dato bastará para formar un cálculo en este sentido.

A fines del año 1885 existían en el Hospicio de las Mercedes 350 alienados, i hoi se encuentran en el mismo Establecimiento 489. Ha habido pues, un aumento de 139 en solo los meses de enero, febrero, marzo i abril.

En el Instituto Frenopático de esta capital han evolucionado en lo que ha trascurrido del presente año más de 25 individuos atacados de alienacion. Nótese por otra parte que nada mencionamos del asilo de mujeres, donde la proporcion es no ménos sorprendente.

Estos hechos hablan más alto que lo que nosotros pudiéramos decir, en favor de los estudios psicopáticos en la República Arjentina.



W. RODRIGUEZ DE LA TORRE

EL CRANEO I LA LOCURA



BUENOS AIRES



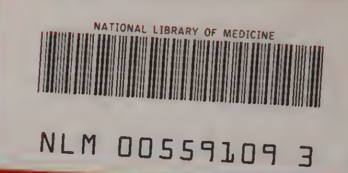









NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service
Bethesda, Md.
BOUND BY
HNM
1970


NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
NLM 00559109 3